Nr. 32. 10. sierpnia 1924. Rok III.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. GOTTLIEBOWA i Dr. RYCHLIŃSKI. Kraków.

O rozpoznawaniu wczesnej ciąży za pomocą próby florydzynowej.

(Z oddziału ginekologiczno-położniczego szpitala św. Łazarza w Krakowie.)

Trudności, jakie niekiedy spotykamy przy rozpoznawaniu wczesnej ciąży normalnej względnie pozamacicznej przy zwykłem badaniu przez obmacywanie macicy i przydatków per vaginam (obok danych anamnestycznych), pobudziły pewną grupę autorów do pracy nad wynalezieniem próby, niezawodnie stwierdzającej ciążę. Szukano przedewszystkiem reakcyj specyficznych we krwi ciężarnych. Wiadomo, że ciała białkowe wprowadzone do ustroju per os ulegają rozszczepieniu na swe elementarne składniki za pomocą fermentów, wytwarzających się w żołądku, jelitach i wątrobie, poczem następuje przebudowa ich na typ białka, specyficzny dla ustroju, a nawet dla poszczególnych organów względnie tkanek danego ustroju. Krew normalnie nie posiada fermentów rozszczepiających białko; jeżeli jednakże wprowadzimy do ustroju białko parenteralnie, to po pewnym czasie powstają we krwi danego ustroju fermenty, mające właściwość rozszczepiania białka. Fermenty te, według Abderhaldena, można wykazać dwiema metodami: dializacyjną, przez ogrzewanie do 37° surowicy z ciałem białkowem, lub optycznie, wyzyskując tę właściwość, że produkty powstałe przez działanie fermentów na białko mają inną zdolność inwertowania, niż białko samo. Zapatrywanie, że podczas ciąży komórki chorionu odrywają się i dostają się do krwiobiegu matki, i że one, jako ciała białkowe, obce dla jej krwi, powodują wytwarzanie odpowiednich fermentów, pobudziły Abderhaldena do studjów nad zachowaniem się surowicy krwi ciężarnych kobiet. Okazało się, że surowica ich, w przeciwieństwie do surowicy krwi nieciężarnych, ma zdolność fermentatywnego rozszczepiania peptonu, otrzymanego z łożyska. Podczas gdy fermenty, wytwarzające się we krwi przez parenteralne wprowadzenie białka, rozszczepiają nietylko dane białko, ale wogóle proteiny i peptony, to ferment stwierdzony we krwi ciężarnych jest ściśle specyficzny t. j. rozszczepia tylko pepton, otrzymany z tkanki łożyskowej. Próba Abderhaldena, której wykonanie wymaga odpowiednio wyrobionej techniki, a niezawsze przytem daje dodatnie wyniki, niezbyt się rozpowszechniła.

D o i stwierdzał zmiany w leukocytach podczas ciąży, podobne do zmian, spotykanych w przebiegu chorób infekcyjnych. L i n z e n m a y e r zauważył różnicę w szybkości opadania czerwonych ciałek krwi u ciężarnych, lecz objaw ten nie okazał się specyficznym dla ciąży, gdyż niejednokrotnie występował w chorobach.

Spotykana dość często glykozurja u ciężarnych przemawia za większą przepuszczalnością nabłonków nerkowych dla cukru, znajdującego się we krwi w przebiegu ciąży. Spostrzeżenie to dało impuls do badań, jak reaguje organizm ciężarny na środki, wywołujące hiperglykemję względnie glykozurję. Roubitschek np. stosował adrenalinę, która, jak z prac Rysera i Brinitzera wynika, ma zdolność mobilizowania cukru w organiźmie. Adrenalina wywołuje hiperglykemję, która normalnie nie powoduje glykozurji, w ciąży zaś już $^1/_2$ cm³ sol. adrenalini 1:1000 daje cukromocz, jeżeli jednocześnie per os poda się 10 gr. cukru gronowego. Na 16 przypadków ciąży, zbadanych przez Roubitschka, 15 dało wynik dodatni.

Franck i Nothmann stosowali w przypadkach wczesnej ciąży dla stwierdzenia tejże, podawanie 100 gr cukru gronowego per os lub też podawali menu, złożone ze 160 gr bułki, 60 gr mąki i 20 gr kartofli. Wyniki mieli bardzo pomyślne. Badania przeprowadzali tylko u tych ciężarnych, u których zawartość cukru we krwi nie przekraczała granic fizjologicznych 0·12%. W tych bowiem tylko przypadkach glykozurji uważać można było, że jest pochodzenia nerkowego. Metodę Francka i Nothmanna skontrolowali ze względnie dobrym wynikiem Nürnberger, Seitz i Jess. Dwaj ostatni tylko w połowie zbadanych przypadków stwierdzili cukromocz. Metoda ta jest dość niepraktyczna jako dość droga i przykra dla pacjentki.

Kamnitzer i Joseph w Nr. 13 Medizinische Klinik 1922 ogłosili pracę o nowej próbie stosowanej przez nich dla stwierdzenia wczesnej ciąży. Do próby swej użyli florydzyny, którą Klemperer już przed 25-ciu laty zaliczył do środków, wywołujących cukromocz nerkowy. Usiłowali oni przedewszystkiem znaleźć tę najmniejszą dawkę, która normalnie wywołuje cukromocz, ażeby stwierdzić, czy zmniejszenie tej dawki da jakąś różnicę w reakcji między indywiduum ciężarnem a nieciężarnem. Dawka 0·004 jeszcze niekiedy wywoływała cukromocz u nieciężarnych, zmniejszyli ją więc do połowy i na wielkim swym materjale obserwowali, jak się zachowywał mocz w przypadkach ciąży, poronień i innych schorzeń. Podany przez autorów rezultat badań był bardzo pomyślny. Na 300 zbadanych przypadków było 67 wczesnych ciąż, 17 poronień, 3 ciąże zamaciczne, i 213 przypadków kontrolnych z innemi schorzeniami. Wszystkie normalne ciąże, poronienia, ciąże zamaciczne aż do III-ciego ks. miesiąca włącznie dały wynik dodatni. Z przypadków kontrolnych 6 okazało cukromocz w przebiegu chorób infekcyjnych, zaś u 207 wynik był ujemny.

Zachęceni wynikami tej próby, przystąpiliśmy do przebadania jej na materjale oddziału ginekologiczno-położniczego szpitala św. Łazarza w Krakowie, trzymając się ściśle wskazówek autorów. Chorym, u których uprzednio odpuszczano i badano mocz na cukier odczynnikiem Nylandera, wstrzykiwano naczczo wśródmięśniowo, przeważnie w pośladki, 2 cm³ roztworu wodnego florydzyny (floridzini 0.03, novocaini 0·015, aq. d. 30.0), co stanowi 0·002 czystej florydzyny. Przed wstrzykiwaniem i przed odciągnięciem moczu do pierwszego badania podawano chorym do wypicia po szklance gorzkiej herbaty. Wobec tego, że cukromocz po florydzynie zjawia się szybko — już po 20-25 minutach, szybko dochodzi do szczytu, ażeby przypuszczalnie po 2 godzinach zupełnie ustąpić, przystępowaliśmy do badania moczu na cukier trzykrotnie u każdej pacjentki, w $^1/_2$, 1, $1^1/_2$ godzinach, pomijaliśmy trzykrotne badanie tylko w tych przypadkach, w których już po pierwszem badaniu wynik był dodatni. Z uwagi na to, iż autorom zależało przedewszystkiem na wykazaniu normalnej ciąży wczesnej, względnie ciąży zamacicznej, i że dodatni wynik próby uwidaczniał się przeważnie w przebiegu ciąży do III-ciego m. ks. włącznie, postanowiliśmy przebadać próbę na materjale, któryby odpowiadał ich wymaganiom. Przypadków ciąży wczesnej do VII-mego tygodnia było 8, powyżej VII-go tygodnia do 3 mies. ks. — 17, razem 25, wynik dodatni uzyskaliśmy zaledwie w 9 przypadkach, w 7 przypadkach niezupełnego poronienia względnie resztek po poronieniu wynik dodatni był 3 razy, w przebiegu 4 przyp. ciąży jajowodowej — 2 razy, w przypadkach poronienia jajowodowego — 2 razy. Ogółem na 41 przypadków bezwarunkowej ciąży uzyskaliśmy wynik dodatni zaledwie 16 razy, co stanowi 39%.

Przypadków kontrolnych przebadaliśmy 58; na 12 przypadków endometritis polyposa z poli-pollakimenorrheą wynik dodatni był 6 razy (w tem 2 razy słabo dodatni), na 5 przypadków exsudatu peri+parametrytycznego, przebiegających z wysoką temperaturą, dreszczami i ogólnem wyniszczeniem znacznego stopnia — 2 razy, w 8 przypadkach torbieli jajnikowych — 2 razy, w 16 przypadkach tumorów tubo-ovarial. (hydrosalpinx, pyosalpinx, degeneratio cystica

ovariorum) — 3 razy, w 8 przypadkach fibromyomata uteri 3 razy, w 11 przypadkach ca. port. v. uteri, cervicis, vaginae, clitoridis w stadjach daleko zaawansowanych — 6 razy. Ogółem na 58 przypadków 21 wyników dodatnich t. j. 36%.

W świetle naszych wyników nie możemy się zgodzić na pogląd autorów, jak również Pougeta i Miloschewitza, że wynik ujemny próby pozwala wykluczyć ciążę, natomiast odpowiada nam druga część poglądu tych autorów, że dodatni wynik nie jest dowodem jej istnienia. Ale w takiem ujęciu próba Kamnitzera i Josepha traci wiele na swej wartości rozpoznawczej i gotuje sobie los innych prób.

Jakkolwiek florydzyna w istocie jest szczególnym glukozydem, który przechodząc przez nerki pobudza komórki nerkowe do takiej czynności, wskutek której cukier występuje ze krwi i pojawia się w moczu, sądzimy jednak, że stawianie sprawy przez autorów, iż właśnie 0.002 czystej florydzyny u ciężarnych powoduje z reguły cukromocz jest zasadniczo błędne, duże bowiem znaczenie ma indywidualny stan pacjentki. Jak z naszych spostrzeżeń wynika, proponowana przez autorów dawka może być dostateczną do wywołania cukromoczu u ciężko chorych, wyniszczonych, a nieciężarnych, podczas gdy u zdrowej ciężarnej może nie wywołać reakcji.

Dr. A. ŁAWRYNOWICZ, asystent Zakładu bakterjologicznego uniwersytetu Poznańskiego i
Dr. M. TUSZYŃSKI, kierownik oddziału chorób wewnętrzn. Szpitala Obuchowskiego.

Odczyn Wassermanna w zastosowaniu szpitalnem. (Doświadczenie z 5600 badań).

(Z pracowni Szpitala Obuchowskiego w Petersburgu.)

Nie dotykając wcale istoty odczynu Wassermanna, chcemy na tem miejscu dokładniej rozpatrzeć sprawę wartości klinicznej odczynu w zastosowaniu szpitalnem i podać tylko pobieżnie zasadnicze, z naszego punktu widzenia, postulaty techniczne, konieczne do osiągnięcia wyników wiarogodnych.

Na podstawie 5.600 odczynów, dokonanych w pracowni szpitala Obuchowskiego w Petersburgu, posiadającego różnorodny i obfity materjał kliniczny, mieliśmy możność należytego uzasadnienia naszych wniosków.

Należy zaznaczyć, że najmniejszy nasz materjał jest w dziale przymiotu pierwszorzędnego i drugorzędnego, natomiast najobfitszy w dziale przymiotu trzeciorzędnego narządów wewnętrznych oraz układu nerwowego. Z podanej wyżej ogólnej liczby 5.600 odczynów praca niniejsza będzie zawierała nieco mniej, a to z tego powodu, że znaczna część surowic należała do chorych systematycznie badanych w pewnych odstępach czasu.

Wobec doniosłej wagi zastosowanej techniki dla wyników odczynu zatrzymamy się pokrótce nad tą sprawą.

Rozmaitość podanych sposobów i ułatwień odczynu Wassermanna, jakoteż zastępujących go odczynów osadowych miała ten wynik, że pod tę nazwę niekiedy podporządkowywano sposoby, nic wspólnego nie mające z zasadniczą metodyką Wassermanna. Na podstawie własnego doświadczenia uznajemy za konieczne stosowanie zasadniczej metodyki, podanej i dokładnie wyłożonej przez Wassermanna. Zasadniczą część składową odczynu stanowią antygeny. Otóż dla zapobieżenia możliwości nieprawidłowej oceny wyników uznajemy za konieczne wykonywanie odczynu jednocześnie z kilku antygenami, przygotowanemi możliwie z narządów (wątroby), pochodzących od różnych osobników; w naszej pracy zawsze korzystaliśmy z trzech antygenów. Wobec wahań miana antygenów, przed każdym odczynem (w dniu jego wykonania) należy je miareczkować; to samo dotyczy i surowicy hemolitycznej.

Nasze doświadczenie daje nam prawo do stwierdzenia konieczności uzyskania antygenów swoistych. Jedynym antygenem nieswoistym, z którego stale korzystaliśmy, jednakże wyłącznie równolegle z antygenami swoistemi, jest wyciąg wyskokowy serca świnki morskiej. Cechą dodatnią tego ostatniego stanowi jego stałość i brak zupełny wahań miana. W szeregu antygenów swoistych należy zaznaczyć zwłaszcza wyciąg wodny wątroby płodu kiłowego; przygotowanie dobrego antygenu jest jednakże sprawą trudną, gdyż nie każda wątroba nadaje się do tego. Poza podanemi antygenami korzystaliśmy także z wyciągów wyskokowych i acetonowych wątroby.

Tyle co do techniki i metodyki odczynu Wassermanna.

Piętnastoletnie z górą istnienie odczynu i własne spostrzeżenia stwierdzają jego swoistość dla przymiotu. Uznając tę sprawę za zdecydowaną, nie będziemy w dalszym ciągu jej dotykali i zatrzymamy się szczegółowiej nad sprawą wartości klinicznej odczynu w rozpoznawaniu i stosowaniu zabiegu leczniczego.

Znaczenie praktyczne odczynu podnosi się także i dzięki tej okoliczności, że wskutek niskiego poziomu inteligencji chorych szpitalnych pierwotne zakażenie przymiotowe częstokroć bywa przeoczane i stwierdza się dopiero zapomocą odczynu Wassermanna.

Materjał swój układamy grupowo.

TABELA I. Choroby serca i naczyń.

	Przypadków	—	±	+	++	+++	Razem dodatnich	% odczynów dodatnich
Endocarditis ac.	2	2	—	—	—	—	—	—
Myocarditis	49	38	2	1	4	4	9	18%
Lues cordis	2	—	—	—	—	2	—	—
Wady zastaw. dwudzielnej	44	38	—	2	3	1	6	13,6% [1])
Wady zast. tętn. głównej + mesaort. luetica	120	36	1	8	18	57	84	70%
Aneurysma aortae	32	2	1	5	3	21	29	90,6%
Tętniaki innych naczyń	5	5	—	—	—	—	—	—
Arteriosclerosis	51	37	3	3	2	6	11	21,8%
Thrombosis v. cavae infer.	1	1	—	—	—	—	—	—
Niezarośnięcie przew. Botalla	1	1	—	—	—	—	—	—
Razem .	307	160	7	19	30	91	140	45,8%

[1]) Z 6 przypadków o odczynie dodatnim u 4 w wywiadach gościec. W przypadkach tego rodzaju zupełnie naturalnem będzie uznanie jako czynnika etjologicznego sprawy gośćcowej, co znacznie obniży % odczynów dodatnich.

Tab. I. podająca wyniki odczynu Wassermanna w cierpieniach serca i układu naczyniowego wykazuje przeciętnie 45,8% wyników dodatnich. Dokładne rozejrzenie się w poszczególnych postaciach chorobowych wykazuje, że najwyższy odsetek wyników dodatnich wypada w sprawach chorobowych tętnicy głównej (80% ogólnej liczby wyników dodatnich). Dane tabl. I. wykazują, że zapalenie kilakowe błony wewnętrznej tętnicy głównej (endaortitis gummosa), w dalszych okresach rozwoju sprawy chorobowej występujące bądź w postaci tętniaka tętnicy głównej, bądź zajmujące zastawki tętnicy głównej, jednakże częściej występuje w tej ostatniej postaci. Ze 120 przypadków spraw chorobowych zastawek tętnicy głównej w 84 (t. j. 70%) mieliśmy odczyn Wassermanna dodatni. 34 przyp. ujemne należały w 2 prz. do gruntownie leczonych chorych przymiotowych, w 7 przyp. do chorych, którzy przebyli gościec i 1 prz. — wiewiór. Co do reszty — 26 chorych — dokładniejszych informacyj nie otrzymaliśmy. Jeden przypadek z wynikiem odczynu ± spostrzegano u chorego, na przymiot starannie leczonego.

Tętniaki tętnicy głównej w 29 prz. na 32 dały wynik dodatni odczynu Wassermanna (t. j. 90.5%) i to najczęściej bardzo wyraźnie zaznaczony (++ lub +++). Rażąco przeciwstawia się tętniakom tętnicy głównej 5 przyp. tętniaków

innych naczyń (a. anonyma, a. femoralis, a. carotis comm., a. iliaa comm.), z tych jeden urazowy z wynikiem odczynu ujemnym (zakażeniu przymiotowemu wszyscy chorzy zaprzeczali). Ten fakt dodatniego odczynu w olbrzymiej części przypadków tętniaków tętnicy głównej ma wielkie znaczenie w warunkach pracy szpitalnej w różniczkowaniu tak licznych przypadków o niewyraźnych objawach klinicznych, w których rozpoznawanie waha się między nowotworem śródpiersia i tętniakiem tętnicy głównej. Dodatni odczyn Wassermanna przechyla szalę w stronę rozpoznania tętniaka. Liczne tego przykłady mieliśmy we własnem doświadczeniu. Sprawy chorobowe serca dały dodatni wynik odczynu w 2 przypadkach przymiotu serca i w 18% badanych przypadków (ogółem 49) zapalenia mięśnia sercowego i w 13,6% przypadków spraw chorobowych zastawki dwudzielnej (44 przyp.).

Pragnąc zaznaczyć różnicę zmian anatomicznych w przypadkach spraw chorobowych serca i naczyń o wyniku dodatnim i ujemnym odczynu Wassermanna, podajemy protokóły sekcyjne:

1) A. P. 42 l. Odczyn Wassermanna 5. X. +++. Sekcja dn. 14. I. (Dr. S. Czaszin): Przerost odśrodkowy lewej komory serca oraz rozszerzenie prawego przedsionka i komory. Ostro zaznaczone zmiany miażdżycowe oraz stwardnienie z ogniskami zwapnienia części wstępującej tętnicy głównej, jej łuku oraz części zstępującej i brzusznej. Rozszerzenie części wstępującej tętnicy głównej. Niedomykalność zastawki dwudzielnej i zastawek tętnicy głównej względna.

2) T. 46 l. Odczyn Wassermanna 5. II. +++. Sekcja 18. III. (Dr. B. Leontjew). Ostro zaznaczony przerost i rozszerzenie serca. Stwardnienie i miażdżyca tętnicy głównej. Stwardnienie tętnic wieńcowych serca oraz zwężenie ujścia lewego i zupełne zamknięcie ujścia prawego. Stwardnienie zastawek tętnicy głównej. Ogólne stwardnienie naczyń.

3) Z. 52 l. Odczyn Wassermanna 26. I. ujemny. Sekcja 21. II. (Dr. S. Czaszin). Ostro zaznaczony odśrodkowy przerost lewej komory serca. Przewlekłe brodawkowate zapalenie wsierdzia ze zwapnieniem, zwężeniem i niedomykalnością względną zastawek tętnicy głównej. Blizny liczne w nerkach po zawałach. Marskość wątroby sercowa.

4) D. P. 28 l. Odczyn Wassermanna 10. II. ujemny. Sekcja 5. III. (Dr. S. Czaszin). Przerost i rozszerzenie serca. Przewlekłe włókniste ze zwapnieniem oraz ostre wrzodziejące zapalenie wsierdzia na zastawkach tętnicy głównej. Zawał bezkrwisty śledziony. Przekrwienie żylne oraz liczne zawały bezkrwiste nerek.

Porównanie podanych protokołów wyraźnie zaznacza różnicę zmian anatomicznych.

Reasumując dane, dotyczące roli etjologicznej przymiotu w rozmaitych sprawach chorobowych układu sercowo-naczyniowego, powinniśmy zwłaszcza podkreślić ją dla tętniaków tętnicy głównej. Przymiotową, w bardzo znacznym odsetku, naturę tych ostatnich powinniśmy przeciwstawić zmianom zastawki dwudzielnej, które, aczkolwiek w pewnym odsetku dają odczyn dodatni, mogą jednakże być traktowane jako zmiany gośćcowe u osobników kiłowych, u których przebyty przymiot roli przyczynowej w zmianach nie gra.

TABELA II. Sprawy chorobowe wątroby i dróg żółciowych.

	Przypadków	—	±	+	++	+++	Razem dodatnich	% odczynów dodatnich
Cirrhos. hepat. atroph.	37	24	—	4	3	6	13	35%
Cirrhos. hepat. hypertr.	19	17	—	—	1	1	2	10,5%
Cirrhos. hepat. (bez dokładnego określenia)	56	47	2	3	2	2	7	12,5%
Cirrhos. hepat. mixta	6	6	—	—	—	—	—	—
Lues hepatis	8	—	—	1	2	5	8	—
Icterus catarrhalis	15	12	—	1	1	1	3	20%
Cancer hepatis	16	15	—	—	—	1	1	—
Echinoc. hepatis	6	6	—	—	—	—	—	—
Cholelithiasis	4	4	—	—	—	—	—	—
Atroph. hepat. flava	1	—	—	—	1	—	—	—
Razem .	168	133	2	9	10	16	35	20,8%

Sprawy chorobowe wątroby (tabl. II.) dały dodatni odczyn Wassermanna w 20,8% przypadków, w tem marskość zanikowa w 35%, marskość przerostowa w 10,5% oraz na 56 przyp. marskości nieokreślonej dokładniej — 12,5%. Przypadki marskości mieszanej dawały wynik ujemny. Materjał nasz daje pewną przewagę odczynu dodatniego w przypadkach marskości zanikowej. O ile określimy przeciętną odczynów dodatnich na ogólną liczbę marskości wątroby (118 przyp.) — otrzymamy 19%. Wszystkie przypadki przymiotu wątroby dawały odczyn dodatni. W żółtaczce nieżytowej tylko w 3 przyp. (u osobników, którzy stwierdzali przebyty przymiot) mieliśmy odczyn dodatni, reszta (12 przyp.) dała odczyn ujemny. Na 16 przyp. raka wątroby mieliśmy 1 przyp. odczynu dodatniego; jakkolwiek chory zaprzeczał przebycia przymiotu, jednakże wobec małej jego inteligencji wywiady możemy uznać za wątpliwe. Przypadki bąblowca (6) wątroby oraz kamicy żółciowej dały odczyn ujemny. Co do zaniku wątroby żółtego, to w jednym przypadku mieliśmy wyraźnie dodatni odczyn, zaś w dwu innych zjawisko samoistnego zahamowania hemolizy.

TABELA III. Sprawy chorobowe stawów.

	Przypadków	—	±	+	++	+++	Razem dodatnich	% odczynów dodatnich
Rheumatism. acut. et. subacut.	95	66	—	8	8	13	29	30,5%
Arthritis luet.	19	—	1	1	3	14	18	—
Arthritis deformans	3	2	—	—	1	—	1	—
Arthritis tuberc.	36	36	—	—	—	—	—	—
Arthritis gonorrh.	5	5	—	—	—	—	—	—
Razem .	158	109	1	9	12	27	48	30,5%

Sprawy chorobowe stawowe (tabl. III.) wykazały naogół dosyć pokaźny odsetek dodatnich odczynów (30,4%). W szeregu ich należy zaznaczyć właściwie dwie grupy: 1) zapalenie stawów przymiotowe o stale dodatnim odczynie, z wyjątkiem przypadków długo i starannie leczonych, które dają odczyn słabo zaznaczony i 2) ostre i przewlekłe sprawy gośćcowe, którym towarzyszyły bóle oraz podniesiona ciepłota; z 95 przyp. tej grupy 30,5% (przeważnie u osobników w wieku młodzieńczym lub młodym) dały odczyn dodatni. Ta ostatnia okoliczność pozwala przypuszczać, że dziedziczna, bądź przebyta kiła do pewnego stopnia zniża odporność stawów na zakażenie i tacy osobnicy częściej zapadają na sprawy gośćcowe. Dok. nast.

Z praktyki.

Dr. M. WILENKO. Chełm.

O ropniach okołonerkowych*)

Na pograniczu medycyny wewnętrznej i chirurgji natrafia lekarz nierzadko na obrazy chorobowe, które przedstawiają znaczne trudności rozpoznawcze, pochodzące ztąd, że objawy charakterystyczne dla danych obrazów chorobowych,

*) Na podstawie odczytu wygłoszonego w Związku lek. w Chełmie, w lipcu 1923 roku (nadesłane Redakcji lwowskiej w lipcu 1924 roku).

bądźto późno występują w przebiegu cierpienia, bądź ich wogóle stwierdzić nie można cały czas trwania choroby. Niemało utrudnia rozpoznanie również okoliczność że o tych chorobach, jako względnie rzadkich, lekarz nie myśli i nieraz dopiero sekcja zwłok wykazuje istotne rozpoznanie. Do takich spraw chorobowych rzadko występujących i względnie rzadko rozpoznawanych należy ropień okołonerkowy. Miałem sposobność spostrzegania trzech przypadków tego cierpienia, których historje choroby są następujące:

Pierwszy przypadek, spostrzegany w r. 1919, dotyczył mężczyzny 40 letniego, który przed tą chorobą zawsze rzekomo był zdrów.

Choroba rozpoczęła się nagle silnym kaszlem i kłuciem w boku prawym. Ciepłota ciała wahała się między 38—39°. Badanie przedmiotowe w trzecim dniu choroby wykazywało stłumienie w tylnej, dolnej części klatki piersiowej na stronie prawej, osłabione drżenie, nieprzesuwalną dolną granicę płucną, znacznie osłabione szmery oddechowe — typowy obraz wysięku opłucnego. Nakłucie wykonane w obrębie stłumienia, wykazało obecność płynu zapalnego, choroba więc nie przedstawiała do tej chwili nic szczególnego. Uderzyło mnie tylko upośledzenie ruchów kręgosłupa w części grzbietowej i lędźwiowej i połączona z temi objawami sztywność, której nie można było tłumaczyć li tylko samym wysiękiem opłucnym.

Podejrzywając w danym przypadku, że sprawa chorobowa toczy się w innym narządzie, a wysięk jest tylko następczym objawem, poddałem chorego szczegółowemu badaniu które wykazało nadto dodatni objaw Goldflama na stronie prawej, silniejsze napięcie mięśni między ostatniemi żebrami a grzebieniem kości biodrowej, lekki obrzęk skóry w tej okolicy, bolesność przy silniejszym ucisku, odgłos wypukowy tylnej okolicy nerkowej stłumiony w porównaniu z bębenkowym na stronie lewej. Subjektywnie chory bólów nie odczuwał. Badanie moczu wykazało ślady białka i pojedyncze krwinki czerwone w osadzie, brak elementów nerkowych. Zmiany te w okolicy lędźwiowej wraz z wysiękowem zapaleniem opłucnej wobec zwiększonej ciepłoty ciała pozwalały rozpoznać zapalenie tkanki okołonerkowej, które najczęściej bywa ropne. Nakłucie, wykonane w końcu drugiego tygodnia, potwierdziło rozpoznanie, gdyż wykazało ropę. Zabieg operacyjny doprowadził do zupełnego wyzdrowienia. Przyczyny ropnia ustalić nie mogłem. Czyraczności lub jakiejś innej ropnej choroby skórnej chory nie miał; przerzutów do tkanki okołonerkowej z samej nerki, wobec nieznacznych zmian w moczu, również przypuszczać nie można. Być może nieznaczne zapalenie gardła, na które chory nie zwrócił uwagi, spowodowało ten przerzut ropny.

Jak dalece różnić się może ten sam proces chorobowy w swym przebiegu klinicznym w początkach cierpienia, wskazują dalsze dwa przypadki, obserwowane przezemnie, jeden w r. 1920, a drugi przed kilku tygodniami.

Pierwszy przypadek dotyczy mężczyzny l. 30, do którego zostałem wezwany w 10-tym dniu choroby. Przebył przed 8-miu laty zapalenie szpiku kostnego kości goleni lewej (blizna skórna, zrośnięta z podstawą kostną, potwierdzała to). Chory skarżył się na ogólne osłabienie, bóle w kończynach. Z wyjątkiem zwiększonej ciepłoty (39,4°) i śladów białkomoczu, badanie fizykalne nie wykazywało zmian w organach wewnętrznych. Ze względu na gorączkę o typie ciągłym, rozpoznawałem mimo braku objektywnych znamion dur brzuszny. Dopiero w 15-tym dniu choroby można było stwierdzić stłumienie w tylnej, dolnej części klatki piersiowej na stronie prawej; słabsze szmery oddechowe w porównaniu ze stroną lewą, pojedyncze trzeszczenia i równocześnie chory zaczął skarżyć się na ból w krzyżu bez wyraźnego umiejscowienia. Z końcem 3-go tygodnia wystąpiła bolesność i napięcie mięśni z tyłu na stronie prawej między żebrami a kością biodrową, odgłos wypukowy stłumiony i bolesność uciskowa. Nakłucie wykazało ropę, a zabieg operacyjny dał wynik pomyślny.

W tym przypadku ropień okołonerkowy przebiegał w początkach choroby pod postacią duru brzusznego, jak to często bywa. Etjologicznie nie jest wyłączone, że gronkowce po przebytem zapaleniu szpiku kostnego drzemały 8 lat w ognisku kostnem i dały w końcu przerzut do tkanki okołonerkowej, będącej przypadkowo miejscem zmniejszonej odporności biologicznej. Takie przejście bakterji ze stanu utajonej jadowitości do stanu czynnego po długich latach jest znane, że wspomnę tylko o tężcu. Innych przyczyn cierpienia stwierdzić nie zdołałem.

Trzeci przypadek dotyczy mężczyzny lat 29, który przed 2 laty 3 tygodnie chorował na hiszpankę czy też — dur. Przed obecną chorobą żadnych ran, czyraczności, zapalenia gardła nie miał. Choroba rozpoczęła się nagle w początku kwietnia 1923 roku dreszczami, gorączką i ogólnem osłabieniem; gorączka wahała się między 37,8—39°. Pierwszy raz widziałem chorego w 9-tym dniu choroby. Z wyjątkiem gorączki i wymacalnej, miękkiej śledziony żadnych zmian nie można było wykazać Wobec nagłego początku, dreszczów tak rzadko spotykanych w durze brzusznym, gorączki i powiększonej śledziony rozpoznałem zakażenie rzekomodurowe. Po raz drugi widziałem chorego w 19-tym dniu choroby, stan taki sam, jak przed 10 dniami, tylko od 24 godzin zaczął skarżyć się na dolegliwości w boku prawym zarówno przy ruchach, jak i samorzutne: Lekkie napięcie mięśniowe, nieco stłumiony odgłos wypukowy w okolicy nerkowej prawej, zmniejszenie odległości między ostatniemi żebrami a grzebieniem kości biodrowej na tejże stronie, barwa skóry nie żółtaczkowa, lecz o odcieniu ziemisto-żółtawem, jaką spotykamy w sprawach ropnych, toczących organizm, nasunęły mi podejrzenie, że rozwija się ropień okołonerkowy, zwłaszcza, że czas trwania choroby wydawał się na dur rzekomy zbyt długi. Badanie moczu z wyjątkiem śladu białka dało wynik ujemny. Zaleciłem gorące okłady na bok, które rzekomo spowodowały polepszenie. Po raz trzeci widziałem chorego w 4-tym tygodniu choroby; wówczas rozpoznanie nie ulegało już wątpliwości. Gorączka, ból w głębi, okolicy lędźwiowej, opór długich mięśni grzbietowych, wypuklenie i ograniczony obrzęk skóry w okolicy nerkowej pozwalały na stanowcze rozpoznanie ropnia okołonerkowego. Nakłucie potwierdziło rozpoznanie, zabieg operacyjny wykazał, że ropień drążył ku przodowi i byłby w przypadku dłuższego czekania spowodował przebicie otrzewnej z wszystkiemi fatalnemi następstwami.

Opisując powyższe przypadki, chciałem zwrócić uwagę, że obraz kliniczny tego cierpienia nie jest jednolity i rozpoznanie nieraz bardzo trudne. Cały szereg chorób organów jamy brzusznej, choroby zakaźne — przedewszystkiem dur brzuszny i rzekomy — choroby układu kostnego i stawów muszą być uwzględnione w djagnostyce różniczkowej. Zawsze jednak rozpoznanie postawimy, o ile tylko pamiętać będziemy przy łożu chorego, że taka jednostka nozologiczna istnieje.

Dr. J. GARFINKIEL. Warszawa.

Przypadek raka z przerzutami przeważnie w układzie kostnym.

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.
Ordynator: Dr. med. J. Bełkowski.

Nowotwory układu kostnego, jakkolwiek do kategorji spostrzeżeń codziennych zaliczyć ich nie można, nie należą jednak do rzadkości, jak niedawno jeszcze mniemano. Punktem ich wyjścia jest albo szpik kostny, albo substancja zbita lub okostna. Częściej spotykamy się w praktyce z przerzutami w układzie kostnym nowotworów złośliwych. Raki żołądka, sutka, a szczególniej raki gruczołu krokowego i tarczowego mają w układzie kostnym ulubione miejsce przerzutów. Według Recklinghausena, u mężczyzn największą skłonność do przerzutów w układzie kostnym posiada rak gruczołu krokowego, a u kobiet rak sutka. Niekiedy ognisko pierwotne niczem się nie uwydatnia, podczas kiedy przerzuty są objawem dominującym. W innych znowu przypadkach ognisko pierwotne zajmuje pierwsze miejsce w zespole objawów. Ognisko pierwotne bywa niekiedy tak małe, że dopiero można je odnaleźć na sekcji. W przypadkach Recklinghausena punktem wyjścia nowotworu był gruczoł

krokowy, który napozór miał wygląd zupełnie normalny; dopiero drobnowidz wykrył w nim zmiany nowotworowe. Jeżeli klinicznie nie udaje się wykazać narządu, który jest punktem wyjścia nowotworu, pewne rozpoznanie różniczkowe między pierwotnym nowotworem układu kostnego a przerzutowym jest niezmiernie trudne. O charakterze nowotworu decyduje mikroskop. Z powodu braku charakterystycznych cech nowotworów układu kostnego, właściwe rozpoznanie najczęściej ustalano po śmierci. W przypadkach, opisanych dawniej w piśmiennictwie, spotykamy się z takiemi rozpoznaniami za życia, jak zapalenie opłucnej, rwa kulszowa, gościec i t. d. Dzięki obserwacjom późniejszym zwrócono uwagę na cechy charakterystyczne, które stanowią właściwość tego cierpienia. W przypadkach n. p. pierwotnego nowotworu układu kostnego w moczu daje się wykazać albumoza Bence Jones'a. Dalej jest rzeczą zupełnie zrozumiałą, że sprawa chorobowa, zajmująca tak potężny narząd krwiotwórczy, jakim jest szpik kostny, musi doprowadzić do poważnych zmian we krwi.

Od tego czasu, kiedy na to zwrócono specjalną uwagę, datują się ciekawe wyniki badania krwi. Jedni autorzy znajdowali we krwi do 60% limfocytów, inni 72—91% jednojądrowych leukocytów, a jeszcze inni — znaczne odsetki normoblastów, megaloblastów, myelocytów i t. d. Dzisiaj uważamy za rzecz pewną, że badanie krwi może wpłynąć w sposób decydujący na właściwe rozpoznanie.

Tak było w naszym przypadku.

Chora Michalina K. lat 28, przybyła do szpitala 7. IX. 1923 roku. Ojciec zmarł z niewiadomej przyczyny, matka zdrowa. O ile pamięta, nigdy żadnych chorób nie przebywała. Rodziła 3 razy przedwcześnie: 1 raz przed 7-miu laty w 6-tym miesiącu, 2-gi raz w 7-ym miesiącu, 3-ci raz w 8-ym miesiącu. Miesiączkuje prawidłowo co 4 tygodnie (2—3 dni, miernie). Ostatnia miesiączka 5 tygodni temu. Mocz i stolec oddaje prawidłowo.

Obecna choroba rozpoczęła się 4 miesiące temu: chora zaczęła doznawać darcia i bólów w lewej kości biodrowej. Bóle te początkowo o charakterze gośćcowym, jak podaje lekarz, który chorą wtedy widywał, stopniowo stale się wzmagały i przeszły na kończyny dolne, później górne, wreszcie na kręgosłup. Od 2-ch miesięcy chora z obawy bólów, występujących szczególniej podczas ruchu, nie opuszcza łóżka. Przed 2-ma tygodniami wystąpiły większe, niż zwykle, bóle i gorączka dochodząca do 39°. Ostatnio chora skarżyć się zaczęła na bóle głowy, bóle w plecach, klatce piersiowej i w krzyżu oraz doznawać zaczęła dwojenia w oczach; mowa i połykanie stały się utrudnione; władza prawej połowy ciała osłabiona; bezsenność i ogólne osłabienie.

Stan obecny. Chora leży, prawie nie poruszając się, gdyż każdy ruch sprawia jej dotkliwy ból. Również ruchy bierne są bardzo bolesne. Budowa ciała prawidłowa. Grzbiet wygięty ku tyłowi (*opistotonus*). Odżywianie średnie. Skóra i błony śluzowe blade. Owłosienie prawidłowe. Gruczoły chłonne nie powiększone. Ciepłota ciała 37,2, tętno przyśpieszone 132, oddechów 24 na minutę. W narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej zmian nie stwierdzono. Kąt ust ze strony lewej nieco opuszczony, fałd nosowo-wargowy płytszy, niż po stronie prawej. Wysunięty język wyraźnie zbacza w stronę lewą. Mowa zwolniona o charakterze wybitnie nosowym. Słuch, smak i węch bez zmian. Kończyny górne: ruchy czynne i bierne zachowane; siła mięśniowa ręki prawej mniejsza niż lewej. Kończyny dolne: lewa bez zmian; prawa — ruchy czynne bardzo osłabione, bierne zachowane. Objaw Kerniga dodatni. Odruch spojówkowy zachowany, gardłowy zniesiony. Odruchu brzusznego ze strony prawej nie można wywołać, ze strony lewej osłabiony. Odruchy ścięgnowe — kolanowy i Achillesa — zniesione. Babiński ujemny. Czucie bólowe i cieplne w całem ciele zachowane. Ze strony władz umysłowych żadnych zaburzeń nie stwierdzono.

Badanie narządu wzroku. Lekkie opadnięcie lewej powieki. Źrenice oddziaływują bardzo słabo na światło i przystosowanie, prawa słabiej od lewej (źrenica lewa szersza od prawej [zez zbieżny], porażenie n. odwodzącego). Granice tarczy zatuszowane, żyły rozszerzone, nie jest to jednak wyraźna tarcza zastoinowa. Mocz białka ani cukru nie zawiera; urobilina występuje w znacznej ilości. Odczyn Bence Jones'a na obecność albumozy dał wynik ujemny. Po przekłuciu lędźwiowem otrzymano pod bardzo nieznacznem ciśnieniem kilka cm^3 płynu lekko mętnego, białka zawiera 0,4‰ odczyn Nonne-Apelt'a słabo dodatni, w 1 mm^3 — 26 białych ciałek z przewagą neutrofilów; na preparacie bakteryj nie wykryto. Odczyn Wassermanna we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny. Wyniki badania krwi, wielokrotnie dokonane, przedstawiają się niezwykle charakterystycznie. Badanie krwi z dnia 12. IX. 1923 roku: Czerwonych ciałek 4,300.000, białych ciałek 5,000, Hgb (Sahli) 67: index — 1. Wzór morfologiczny: N—53—L—32, E—2, B—1, Mon.—1, Myelocyt.—3, normoblastów — 10. Krew była badana codzień względnie co drugi dzień, i stale stwierdzaliśmy obecność normoblastów w wzrastającej ilości.

Wynik badania krwi z dnia 27. IX. 1923 r.: Czerwonych ciałek 3,090.000, białych ciałek 6.500, Hgb (Sahli) 50, index—1,04. Obraz morfologiczny: N.—53, L.—14, myelocytów neutrofilowych 4, Eoz.—1, Mono- i przejściowych — 7, normoblastów — 21. Ciepłota ciała podczas całego pobytu w szpitalu utrzymywała się w granicach 36—38°. Tętno zawsze przyśpieszone (120—130 na minutę). Połykanie pokarmów stawało się coraz trudniejsze do tego stopnia, że ostatnio chora mogła połykać z trudem tylko pokarmy płynne. Mowa zwykle o charakterze nosowym zmieniła się do tego stopnia, że wreszcie trudno było chorą zrozumieć. Niedowład prawej połowy ciała wzmógł się. Bóle głowy, kręgosłupa, żeber i kończyn w ciągu ostatnich 2-ch tygodni pobytu w szpitalu wzmogły się do tego stopnia, że zaszła potrzeba ciągłego podawania chorej narkotyków. Sensorjum jednak nie zdradzało żadnych zmian. Wobec takiego stanu nie mogło być mowy o przeniesieniu chorej w celu zbadania Röntgenem.

Na zasadzie przedstawionego obrazu rozpoznano: nowotwór podstawy czaszki i przerzuty w układzie kostnym.

Muszę nadmienić, że głównie wyżej przytoczony obraz krwi zmusił nas do rozpoznania rozsianego nowotworu układu kostnego. Wobec tego, że nie udało się ustalić, który narząd jest punktem wyjścia nowotworu, kwestję, czy mamy do czynienia z pierwotnym nowotworem układu kostnego czy przerzutowym, postawiono otwartą. 1. X. 1923 roku chora zmarła. Badanie pośmiertne (Doc. dr. med. Paszkiewicz) wykazało, co następuje:

1. Rak pierwotny szyjki macicznej kształtu wąskiego paska w warstwie mięsnej i śluzówce, nie dochodzący jednak do powierzchni zewnętrznej; wielkość szyjki, jej spoistość i zewnętrzna błona śluzowa bez zmian.

2. Rozległe przerzuty we wszystkich badanych kościach tułowia do tego stopnia, że trzony kręgów można było krajać, jak ser; przerzut w stoku Blumenbacha wielkości orzecha laskowego, uwypuklający się do jamy czaszkowej i uciskający rdzeń przedłużony.

3. Rozległe przerzuty w śledzionie, jajnikach i gruczołach chłonnych jamy brzusznej oraz pojedyncze maleńkie guziki w opłucnej, żołądku i trzustce.

Badanie mikroskopowe szyjki macicznej i śledziony wykazało raka.

Z przedstawionego tu protokołu badania pośmiertnego wynika, że opisane wyżej objawy nerwowe spowodowane zostały przez przerzut w stoku Blumenbacha. Bóle w układzie kostnym, które przez długi czas były dominującym objawem cierpienia, zależały od przerzutów. Ognisko pierwotne nowotworu w szyjce macicznej nie dawało żadnych objawów przedmiotowych. Wprawdzie chora nie była poddawana badaniu ginekologicznemu, ale nawet, gdyby to się stało, jest rzeczą wątpliwą, czy nowotwór szyjki nieznacznych rozmiarów, który niedoprowadził do owrzodzeń, mógłby być podczas badania rozpoznany.

Opisany przypadek zasługuje na uwagę ze względu na wielką zawartość we krwi normoblastów, których liczba dochodziła do 1365 w 1 mm^3 (21% w stosunku do białych ciałek krwi). Tak wysokie liczby należą do osobliwości, jak to zaznaczali i koledzy klinicyści i hematolodzy, z którymi się porozumiewałem. Preparaty krwi i preparaty anatomiczne były demonstrowane na posiedzeniu klinicznem w Szpitalu Dzieciątka Jezus.

Przeglądając dostępne mi piśmiennictwo, większą ilość normoblastów znalazłem tylko w przypadku nowotworu pierwotnego układu kostnego, opisanym przez prof. Glużińskiego*). W przypadku tym ilość normoblastów dochodziła do olbrzymiej liczby 39.400 w 1 mm^3.

Odczyt kliniczny.

A. LANDAU i M. FEJGIN. Warszawa.

Insulina, jej wskazania i sposób stosowania [1]).

(Z I-go oddziału wewnętrznego Szpitala Wolskiego. Ordynator Dr. Anastazy Landau).

Odkrycie insuliny przez Bantinga i Macleoda było ostatecznem uwieńczeniem prac, przeważnie doświadczalnych, rozpoczętych przez Mehring'a i Minkowskiego, a kontynuowanych następnie przez szereg badaczów. Pierwszym punktem

---

*) Glużiński i Reichenstein. Myeloma i leukaemia lymphatica plasmocellularis. Arch. biolog. T. III. 1907.

[1]) Według odczytu, wygłoszonego w Tow. Lek. Warszaw. dnia 19 lutego 1924 r.

wyjścia tych prac były spostrzeżenia kliniczne i anatomiczne Lancereaux, który istotę ciężkiej cukrzycy, t. zw. diabète malin, przypisywał zmianom zanikowym trzustki. Wieloletnie poszukiwania doświadczalne wykazały niezbicie ścisły związek przyczynowy, istniejący pomiędzy wydzieliną dokrewną wysepek Langerhansa a całą przemianą węglowodanową. Istota cukrzycy została w ten sposób wyjaśniona, a doświadczenia nad zwierzętami, pozbawionemi na drodze operacyjnej trzustki, oraz badania anatomiczne zmian, zachodzących w trzustce w związku z cukrzycą u ludzi, przyczyniły się do ostatecznego ukształtowania poglądów naszych na tę sprawę. Przecukrzenie krwi, zmniejszenie ilości glikogenu, a zwiększenie tłuszczu w wątrobie w związku z utratą jej zdolności magazynowania węglowodanów z pokarmów, spaczony bieg przemiany białek (ich bezazotowej części) i tłuszczów z tendencją do wytwarzania ciał ketonowych wskutek upośledzonego spalania cukrów, obniżenie współczynnika oddechowego $\frac{CO_2}{O_2}$, który nieraz zbliża się do wartości 0,7, jako wyraz coraz mniejszego udziału ciał węglowodanowych w procesach spalania ustrojowego, oraz brak widocznego wpływu na ten współczynnik wprowadzonych węglowodanów — oto najważniejsze cechy ustroju, cierpiącego na ciężką cukrzycę, samoistną czy też doświadczalną, wywołaną przez operacyjne usunięcie trzustki u psa. Dziś w insulinie posiadamy substancję, której istnienie wynikało niezbicie już z pierwszych doświadczeń Mehringa i Minkowskiego, której składu chemicznego zupełnie jeszcze nie znamy, ale której działanie w kierunku wyrównywania cukrzycowych zaburzeń przemiany materji nie ulega żadnej wątpliwości. Wszystkie usiłowania badaczów obecnie skierowane są ku temu, aby wyjaśnić, jaka jest istota i jaki mechanizm udziału insuliny w przemianie węglowodanów, a pośrednio białek i tłuszczów.

Pomimo jednak kolosalnego nakładu pracy, różnorodnych doświadczeń na zwierzętach i licznych spostrzeżeń na ludziach, wiadomości nasze w tym względzie są jeszcze dość mgliste, często nawet sprzeczne. Doświadczenia Banting'a i Macleod'a wykazały, że u zwierząt beztrzustkowych pod wpływem insuliny gromadzi się w wątrobie glikogen, a znika z niej tłuszcz, zmniejsza się cukier we krwi, ginie cukier i aceton z moczu; a jednak współczynnik oddechowy często nie wzrasta w takiej mierze, aby można było wnioskować, iż ma ona bezpośredni wpływ na spalanie cukru w ustroju. Również nie działa insulina na wątrobę wyciętą (ze sztucznym krwobiegiem) w sensie zahamowanej mobilizacji cukru z glikogenu przez diastazę wątrobową (Bissinger, Lesser; Zupf); natomiast przy jednoczesnem wstrzyknięciu zwierzęciu adrenaliny i insuliny, ta ostatnia zapobiega przeróbce glikogenu wątrobowego na cukier i zmniejsza, ew. hamuje całkowicie hiperglikemję i cukromocz poadrenalinowy. Z drugiej strony, doświadczenia, polegające na ilościowem określaniu cukru i glikogenu w całym ustroju myszy, wykazały, iż pod wpływem insuliny ilość cukru zmniejsza się nie tylko we krwi, ale we wszystkich tkankach ustrojowych. U zwierząt beztrzustkowych insulina wywołuje wzrost współczynnika oddechowego po podaniu pokarmu węglowodanowego, wprawdzie nie w tym stopniu, jak to widzimy w ustroju zwierzęcia normalnego, karmionego węglowodanami. Otóż Dale wyraża przypuszczenie, że insulina wprawdzie przyśpiesza spalanie cukru, ale, jeżeli ilość cukru zawarta w komórce przekracza tę, jaka może być spalona przez daną ilość insuliny, to z nadmiaru cukru tworzy się glikogen. Parnas, którego zdaniem część glukozy się spala, aby pozostałość jej uległa polimeryzacji na glikogen, twierdził już dawniej, że proces tworzenia się glikogenu odbywa się w ścisłym związku i jednocześnie z procesem spalania glukozy. W ten sposób zostałaby wytłómaczona pozorna sprzeczność co do działania insuliny jednocześnie w kierunku i spalania cukru i gromadzenia glikogenu (Bissinger, Lesser i in.).

Z odmiennego założenia znów wychodzą Winter i Smith. Opierając się na istnieniu 2-ch izomeronów stereochemicznych D-glukozy, a mianowicie postaci α o skręcaniu właściwem światła spolaryzowanego $+106^0$ i β o skręcaniu właściwem $+19^0$, oraz mieszaniny γ, tworzącej się zwykle w roztczynie wodnym, o skręcaniu $+52,5^0$, tłómaczą on i istotę cukrzycy tem, iż normalny ustrój z otrzymywanych z pokarmem węglowodanów wytwarza zawsze postać γ glukozy, która jedynie może być przyswajana przez tkanki i tę postać autorzy nazywają »czynną« (»forme active«). W ustroju cukrzycym tworzą się wyłącznie nieczynne postaci glukozy, do których ustrój niema dostępu. I oto rola hormonu trzustkowego, względnie insuliny, polegać ma właśnie na przemianie tych nieczynnych postaci glukozy na czynną i na umożliwieniu w ten sposób tkankom przyswojenia, względnie spalenia ich. Ostatnio Laufberger wystąpił z nową teorją działania insuliny, której punktem uchwytu ma być zahamowana przeróbka tłuszczów na glikogen. Jednem słowem, tak, czy owak, w insulinie posiedliśmy niezwykły wprost środek, pozwalający w zupełności zastąpić brakującą wydzielinę wewnętrzną trzustki i w ten sposób usunąć nie tyle samą przyczynę cierpienia, ile jak najbardziej uporczywe jego objawy. Ogromna częstość cukrzycy, groźne jej powikłania i skutki dostatecznie tłómaczą doniosłość i olbrzymie praktyczne znaczenie tego tak niedawno wprowadzonego do lecznictwa, a już taką sławą cieszącego się środka.

Nie zatrzymując się dłużej nad mechanizmem działania insuliny, przechodzimy obecnie do omówienia pokrótce sprawy stosowania tego leku z punktu widzenia najbardziej interesującego, lekarza-praktyka, opierając się częściowo na własnem doświadczeniu (mamy już około 25 przypadków cukrzycy, leczonych insuliną), częściowo na danych z piśmiennictwa.

Przedewszystkiem wspomnieć trzeba o kwestji b. ważnej, a wzbudzającej często nieporozumienia między lekarzem a chorym, mianowicie — o przestrzeganiu djety podczas stosowania insuliny. Zwykle bowiem chorzy, szybko odcukrzeni i pozbawieni acetonu, zaczynają domagać się zniesienia męczących ograniczeń djetetycznych, widząc w insulinie środek, umożliwiający im zupełne niekrępowanie się co do ilości i jakości spożywanych pokarmów. Jednak takie ujęcie kwestji jest nie tylko błędne i fałszywe, lecz bardzo szkodliwe, albowiem pomimo wprowadzenia insuliny ograniczenia djetetyczne zachowują swą dawną obowiązującą moc; są one tylko nieco odmienne od stosowanych dawniej, przed odkryciem insuliny. Jeżeli leczenie zapomocą insuliny ma odpowiadać zasadom terapji przyczynowej, to znaczy, jeżeli ma ona zastąpić brakującą wydzielinę wewnętrzną trzustki i zapewnić komórkom tej ostatniej całkowity wypoczynek, konieczny dla częściowego chociażby wznowienia ich czynności, to podawanie leku powinno być oparte na pewnym rachunku, a więc połączone z odpowiednią djetą. Zdaniem Stauba i wielu innych, a z opinją tą zupełnie się zgadzamy, przy zbyt obfitem odżywianiu musimy zapewnić dostateczny i równomierny dopływ hormonu trzustkowego, co w ustroju zdrowym odbywa się dzięki urządzeniom samowyrównawczym, normującym czynność poszczególnych narządów. Jeżeli zaś doprowadzamy hormon ten z zewnątrz, nie jesteśmy w stanie regulować stężenia jego we krwi tak, aby w każdej chwili odpowiadało ono zapotrzebowaniu ustroju, szczególniej wobec względnej przelotności działania insuliny, oraz indywidualnych, niemożliwych do przewidzenia w każdym poszczególnym przypadku wahań w natężeniu trawienia i przyswajania pokarmów w ciągu doby. Toteż nawet przy 2—3-krotnem na dobę zastrzykiwaniu insuliny nie można przy zbyt obfitem odżywianiu zapewnić trzustce zupełnego spoczynku czynnościowego, zależnego, jak wiadomo, od stałego utrzymywania poziomu cukru we krwi jak najbliżej wartości normalnych (1,0—1,2‰). A spoczynek ten jest kardynalnym warunkiem przywrócenia trzustce jej zdolności wydzielniczych i wzmożenia tolerancji ustroju tam, gdzie komórki Langerhansa niezupełnie jeszcze uległy zanikowi. Warunkowi temu uczynić zadość można jedynie przez połączenie podawania insuliny z odpowiednią djetą.

Co się tyczy kwalifikowania chorych do leczenia insuliną, to tu kierujemy się zasadami, wygłoszonemi jeszcze przez twórców jej — Bantinga i Macleod'a. Za bezwzględne wskazanie do stosowania insuliny uważamy w pierwszym rzędzie śpiączkę, względnie stan przedśpiączkowy, dalej — ciężką cukrzycę z dużym stopniem kwasicy i znaczną acetonurją,

kiedy chorzy nie reagują wcale lub słabo na kurację djetetyczną i głodówkę; następnie przypadki, które dają się utrzymać we względnej równowadze węglowodanowej jedynie na djecie, nie pokrywającej całkowicie zapotrzebowań cieplnych ustroju; tego rodzaju pożywienie, stosowane przez dłuższy czas, prowadzić musi do znacznego osłabienia i upośledzenia stanu odżywiania, a zbyt mały zakres tolerancji ani na chwilę nie pozwala na wprowadzanie większej ilości ciepłostek nie tylko w postaci węglowodanów, lecz nawet jako białka i tłuszczu, które natychmiast wzmagają wydajność dobową z moczem zarówno cukru, jak ciał kwasicowych wreszcie, wszystkie przypadki lekkiej nawet cukrzycy, które w krótkim czasie trzeba odcukrzyć i pozbawić acetonu czyto ze względu ną konieczność zabiegu chirurgicznego, czy też z powodu jakiejś ostrej sprawy zakaźnej.

Co do punktu I-go, t. j. stosowania insuliny w stanie śpiączki, wzgl. w obecności zwiastunów śpiączki (zwolniony oddech, przyśpieszenie tętna, wybitna niemoc, wymioty, uporczywe zaparcie z wielkiem wzdęciem brzucha lub przeciwnie biegunka) niewiele jest do powiedzenia. Stany te dotychczas uważane były prawie za pewną zapowiedź nieuniknionego zejścia niepomyślnego w ciągu najbliższego czasu, czasem najbliższych godzin; wszelkie usiłowania lecznicze były w ostatecznym wyniku prawie że bezskuteczne. I tu oto insulina jest środkiem bezpośrednio ratującym życie, którego stosowanie jest tak samo gwałtownie wskazane, jak np. tracheotomja w dławcu błoniczym. W tych przypadkach nie może być najlżejszego wahania; stosujemy ją też, o ile jest tylko dostępna, w jak największych ilościach — po 100, 150 do 200 jednostek naraz, ewent. dwu — lub 3-krotnie w ciągu doby, w postaci zastrzyku domięśniowego, podskórnego lub dożylnego, jednocześnie z zastrzyknięciem dożylnem lub podskórnem 250—500 cm³ 5% lub 10% roztworu cukru gronowego, mając jeszcze w pogotowiu adrenalinę na wypadek objawów hipoglikemji. Niekażdy przypadek śpiączki cukrzyczej można uratować za pomocą insuliny. Działanie jej jest tem skuteczniejsze, im wcześniej dokonano wstrzyknięcia wraz z cukrem gronowym. Bądźcobądź tutaj w całej pełni występuje niezwykła moc działania insuliny, jej cudowna wprost zdolność w ciągu niewielu godzin lub kwadransów usunięcia z ustroju kwaśnych niedopałków wadliwej przemiany materji. Na uwagę zasługuje to, że w tym kierunku działa ona bodaj szybciej i efektowniej, aniżeli w kierunku zmniejszenia nadmiaru cukru we krwi. I oto chory, dopiero co uważany za konającego, po 2-u lub 3 dniach opuścić może łóżko, oczywiście pozostając stale na znacznych dawkach insuliny, która umożliwia mu spalanie większej ilości pokarmów i szybki powrót do sił. Stajemy wtedy wobec przypadku, stanowiącego właściwie punkt 2-gi wymienionych poprzednio wskazań, t. zn. ciężkiej cukrzycy ze skłonnością do kwasicy, w których djeta bezwęglowodanowa jest przeciwwskazana z uwagi na niebezpieczeństwo wybuchu śpiączki, a djeta z małą ilością węglowodanów zbytnio nie przyczynia się do poprawy sytuacji, albowiem bilans węglowodanowy jest ujemny lub waha się około 0 i chory wydziela z moczem znaczną ilość ciał acetonowych (acetonu, kwasu acetooctowego i β-oksymasłowego); djety zaś głodowej, która jedynie zmniejsza produkcję cukru i ciał kwasicowych, wciąż nie można zalecać z uwagi na wybitnie podupadły stan odżywienia ogólnego. Codzienne podawanie insuliny i to w dość wysokiej dawce, w połączeniu z odpowiednio przystosowaną djetą, zawierającą w określonym stosunku białka, tłuszcze i węglowodany i pokrywającą zapotrzebowania cieplne ustroju, jest tu konieczne.

Bardzo odpowiedni materjał do stosowania insuliny stanowią chorzy, których kuracja djetetyczna doprowadziła do znacznego stopnia wyniszczenia i osłabienia, a u których nieznaczny zakres tolerancji nie pozwala na rozszerzenie djety w stopniu, odpowiadającym ich zapotrzebowaniu energetycznemu. I oto niewielkie dawki insuliny, zabezpieczając ustrój od wytwarzania ciał ketonowych i powodując zużytkowanie większej ilości węglowodanów, pozwalają w tych przypadkach znacznie podnieść stan odżywienia w bardzo krótkim czasie. Już po kilku, wzgl. kilkunastu dniach, chorzy nasi odczuwali znaczną poprawę, dawne uczucie osłabienia, apatja i zniechęcenie, częściowo wywołane skutkiem ciągłego stanu niedożywiania, mijało bez śladu, waga dość szybko poczynała wzrastać. Ta kategorja chorych rekrutuje się najczęściej z pośród osobników młodszych, którzy zwykle reagują na insulinę bardzo dobrze, i być może tu prędzej można się spodziewać stopniowego wzrostu tolerancji węglowodanowej ustroju. Ten wzrost tolerancji nie był tego rodzaju, żeby można było insulinę zupełnie odstawić, lecz polegał na tem, że ta sama dawka insuliny pozwalała na powiększenie racji węglowodanowej, lub przeciwnie, nie zmieniając tej ostatniej, można było uszczuplić dowóz insuliny. Zaznaczyć tutaj musimy, że ze spostrzeżeń naszych odnieśliśmy wrażenie o niezwykle korzystnym wpływie, jaki wywierać się zdaje stosowanie insuliny na przebieg ostrych powikłań ropnych, których przecież tak się obawiamy w cukrzycy. Otóż u naszych chorych trzy razy spostrzegaliśmy ropne zapalenie ucha środkowego. We wszystkich przypadkach powikłanie przebiegało bez gorączki, nie miało żadnego wpływu na stan ogólny chorych i wogóle łagodnością swą w podziw wprawiało specjalistów usznych. Z tego spostrzeżenia wynika właśnie dalsze wskazanie do stosowania insuliny w lekkiej nawet cukrzycy, ale powikłanej jakąś ostrą sprawą zakaźną, lub wobec konieczności zabiegu operacyjnego. Wiadomą jest rzeczą, jak łatwo ustrój cukrzyczy ulega wszelkim, przelotnym nawet zakażeniom, jak groźne skutki wyniknąć mogą z najbłahszej wrzodzianki, z lekkiej anginy lub influency, jakie niebezpieczeństwo przedstawia u tych chorych samo uśpienie chloroformowe lub nawet eterowe. Obecnie zapomocą tak prostego i pewnego środka, jak zastrzyknięcie insuliny, jesteśmy w możności nietylko szybko odcukrzyć chorego i usunąć kwasicę, lecz nadto przez nagromadzenie rezerwy glikogenowej w wątrobie mamy możność zupełnego nieliczenia się z niebezpieczeństwami uśpienia, które dawniej, w czasach przedinsulinowych, łatwo prowadziło do śpiączki. We wszystkich więc wyżej wymienionych okolicznościach insulina stała się nietylko wielce pożądanym, ale jednym z najradykalniej, najefektowniej i najpewniej działających środków, jakie wogóle znamy w lecznictwie.

Bardzo pouczający przypadek mieliśmy sposobność spostrzegać ostatnio. Chodzi o pacjentkę lat ok. 60, z ogólną miażdżycą i zapaleniem przewlekłem mięśnia sercowego, która od lat 20 cierpiała na moczówkę cukrową, i u której z powodu zgorzeli stopy na tle zaczopowania tętnicy stopowej i piszczelowej (endarteriitis obliterans) trzeba było odjąć kończynę dolną powyżej stawu kolanowego. Pacjentka, otrzymując dziennie 20—35 jednostek insuliny (w dwu dawkach), znakomicie zniosła uśpienie i operację, rana zagoiła się per primam, acetonurja, która miała miejsce przed operacją (pierwsze zastrzyknięcie insuliny pacjentka otrzymała w dzień operacji), trwała niespełna dwie doby, a wydajność dobowa cukru z 42 gr., stopniowo malejąc, doszła do kilku gr. przy djecie, zawierającej 60—100—110 gr. wodanów węgla i 1800 — 2000 ciepłostek. Chora ta, leczona bez insuliny, łatwo zginąć mogła na śpiączkę.

Nasuwa się obecnie kwestja, czy długotrwałe stosowanie insuliny we wszystkich przypadkach pozostaje obojętne dla ustroju. Co do tego właśnie wywołuje pewne refleksje następujący, spostrzegany przypadek.

28-letni pacjent od 5-ciu lat cierpi na ciężką moczówkę cukrową, ciągle był na kuracji djetetycznej, mocz stale zawierał aceton i kwas acetooctowy, których wydajność ostatnio znacznie się wzmogła. Badanie przedmiotowe nie wykazuje nic szczególnego prócz nieznacznego stłumienia nad i pod prawym obojczykiem, ze wzmożonem drżeniem piersiowem i zaostrzonym w tem miejscu oddechem. Stan odżywienia b. upośledzony. Moczu 2130 cm³ na dobę, wydajność dobowa cukru 130 gr (przy spożywanych 148), acetonu wyżej 5 gr., kwas acetooctowy wyraźny; cukru we krwi 4,2% (met. Pavy-Sahli), waga 52,4 kg. Odczyn Wassermanna ujemny. Wzięty na djetę, która przy ogólnej wartości 1750 ciepłostek, zawierała 72 gr białka, 76 gr tłuszczu i 148 gr węglowodanów (2 f. jabłek i litr mleka), chory wydzielał prawie całą ilość spożywanych węglowodanów (ok. 130 gr.) i od 4,5 do 8,2 gr. acetonu przy stale dodatnim odczynie z trójchlorkiem żelaza. Po 3-dniowej obserwacji zastosowano zrazu 20 jedn. insuliny, potem 40, 50 — w 2-ch dawkach w ciągu doby. Ale dopiero po podniesieniu dawki dobowej do 60, a nawet 70 jedn. przy jednoczesnem zmniejszeniu ilości spożywanych węglowodanów do 98,8 gr., a zwiększeniu ilości tłuszczu do 93, udało się pozbawić chorego acetonu, a wydajność dobo-

wą cukru zredukować mniej więcej do 15 gr. przy ciągle utrzymującej się dość znacznej hiperglikemji, bo od 2% do 2,5‰. Ten właśnie chory w okresie od 28. XI. do 5. XII. 1923 r. przebył stwierdzone przez specjalistę zapalenie ucha środkowego, które przeszło zupełnie bez gorączki i bez wpływu na stan ogólny. Chory ten po miesięcznej z górą obserwacji szpitalnej i ustaleniu zakresu tolerancji oraz potrzebnej dawki insuliny, wypisał się do domu w znakomitym stanie, pozostając oczywiście nadal na insulinie. I oto w 2 dni po opuszczeniu szpitala pacjent zaczął dość wysoko gorączkować, wystąpiły objawy zapalenia drobnych oskrzeli w dole lewego płuca o charakterze grypowym. Potem, gdy objawy te zaczęły się uspokajać, stwierdzono rzężenia na lewej linji pachowej, w prawym szczycie wyraźny oddech oskrzelowy, a w plwocinie znaleziono prątki gruźlicze. Cały przebieg sprawy musiał nasunąć przypuszczenie, czy niema tutaj jakiego związku przyczynowego pomiędzy kuracją insulinową, a rozbudzeniem, najwidoczniej utajonego dotychczas, ogniska gruźliczego.

Trudno jest oczywiście wyprowadzać całkiem pewne wnioski na podstawie jednego spostrzeżenia. Jednakże zwróciła naszą uwagę okoliczność, niejednokrotnie stwierdzana przez jednego z nas przy najróżnorodniejszych okolicznościach już dawniej, że wszelkie procesy, zakłócające w jakikolwiek sposób stan równowagi koloidów w ustroju — czyto proteinoterapja, czyto wywoływanie stanów uczulenia podczas leczenia tuberkuliną i t. p., mają wyraźną tendencję do obostrzania sprawy gruźliczej, i to często nietylko jako odczyn miejscowy, w czynnem ognisku, ale powodując jakby zniesienie zapory, stawianej dotąd przez ustrój szerzeniu się infekcji. A nie ulega przecież wątpliwości, że insulina, tak znacznie modyfikująca bieg przemiany materji w ustroju, powodująca, jak dziś wiemy, daleko idące zmiany i przesunięcia w stężeniu różnych jonów w surowicy, wpływając niewątpliwie w niemałej mierze na czynność gruczołów dokrewnych dzięki ich ścisłej korelacji wzajemnej, nie może pozostać bez wpływu na układ koloidów tkanek i osocza, niezależnie już nawet od tego, czy sama jest produktem białkowym, czy nie. Kwestji tej wraz ze Staub'em i Cheiniss'em nie możemy uważać za rozstrzygniętą, z jednej bowiem strony Blum i Schvab mówią o niekorzystnym wpływie insuliny na przebieg spraw gruźliczych w ustroju, z drugiej zaś cały szereg autorów, jak Banting, Cambell i Fletscher, Hart, a ostatnio Allen oraz Labbé, Bith et Boulin zaznaczają przeciwnie dodatni wpływ kuracji insulinowej na stan ogólny diabetyków, dotkniętych gruźlicą. Jeżeli chodzi o inne zastrzeżenia, jakie możnaby poczynić w sprawie stosowania insuliny, to niektórzy klinicyści wymieniają skłonność do obrzęków, jakoby powodowaną przez lek, oraz łatwe tworzenie się zaćmy. Na naszym materjale nie mogliśmy jednak potwierdzić, aby zbytnia obawa przed tworzeniem się obrzęków była uzasadniona. Przeciwnie, w jednym spostrzeganym i demonstrowanym przez nas przypadku, nieznaczne obrzęki, jakie były przed insuliną, na początku kuracji insulinowej zginęły; w innych takiej gotowości obrzękowej ani razu nie spostrzegaliśmy. Zresztą zastosowanie jakiegokolwiek środka moczopędnego z grupy purynowej prawdopodobnie pozwoli nam w tych wypadkach z łatwością zapobiec zbytniemu zatrzymywaniu wody w ustroju, tak jak to bywa z obrzękami, spowodowanemi u chorych cukrzyczych dietą owsiankową. Co się zaś tyczy zaćmy, to spostrzeżenia nasze zbyt są jeszcze nieliczne, aby można było wypowiedzieć się w tej sprawie; w piśmiennictwie też nie znaleźliśmy dokładniejszych danych. Jako jedyne bezwzględne przeciwwskazanie do stosowania insuliny wymienia Staub nerkową postać moczówki cukrowej — z normalną zawartością cukru we krwi naczczo i z nieprzekraczającemi normy wahaniami tej zawartości po przyjęciu pokarmu. Przeciwwskazanie to jest całkiem zrozumiałe z uwagi na niebezpieczeństwo objawów hipoglikemicznych, oraz na brak wszelkiej podstawy do stosowania hormonu trzustkowego u osobników z zachowaną, według wszelkiego prawdopodobieństwa, prawidłową czynnością trzustki. Oto mniej więcej wszystko, co możnaby o przeciwwskazaniach do leczenia insuliną powiedzieć.

Pozostaje tu jeszcze do omówienia pokrótce techniczna strona wdrożenia i prowadzenia kuracji insulinowej; śpiączka, stany przedśpiączkowe lub ciężkiego zakażenia ze znaczną kwasicą stanowią wskazanie do natychmiastowego zastrzyknięcia leku, ew. z jednoczesnem zastrzyknięciem dożylnem 5—10% roztworu cukru gronowego. We wszystkich innych przypadkach postępowanie nasze w ogólnych zarysach przedstawia się następująco:

Chorego bierzemy na pewną określoną djetę, którą układa się w każdym poszczególnym przypadku według tego samego schematu i zawierającą około 1,5 gr białka, od 1,5 do 2-ch gr. tłuszczu na 1 kg wagi pacjenta, oraz 100 do 120 gr węglowodanów, i która dość skąpo pokrywa zapotrzebowania cieplne ustroju (od 30 do 40 ciepłostek na 1 kilo wagi). Pożywienie ułożone zostało przez nas w ten sposób, iż przy zupełnem spożytkowaniu zawartych w niem węglowodanów ketotwórcze własności tłuszczów i białka nie ujawniają się, mocz wolny jest od acetonu i t. p. ciał kwasicowych. W tych warunkach stosowany dawniej nadmiar alkalij uważamy raczej za szkodliwy i chorym naszym przepisujemy najwyżej kilka gr. sody na dobę w postaci sztucznej mieszanki karlsbadzkiej. W szczegółach składa się zwykle ta djeta z 1-go litra mleka, 4—6 jaj, 75 gr. masła lub oliwy, 400 do 800 gr jabłek, 200—300 gr mięsa lub ryby, wzgl. sera, jarzyn, uważanych prawie za bezwęglowodanowe, oraz 2—4 kieliszków wina czerwonego lub koniaku. Na takiej djecie pacjent pozostaje w ciągu 3-ch dni (okres przygotowawczy), kiedy określamy wydajność moczu dzienną i nocną (od 9-tej rano do 9-tej wieczór i od 9-tej wieczór do 9-tej rano), wydajność dobową cukru i acetonu, zawartość cukru we krwi naczczo i w porze obiadowej — codziennie. W ten sposób otrzymujemy dokładne pojęcie o stopniu hiperglikemji, o tolerancji ustroju i jego bilansie węglowodanowym, który może wypaść ujemnie (chory więcej cukru wydziela, aniżeli spożywa), być bliski 0, albo też być dodatni. Dane te w zupełności wystarczają do ogólnej orjentacji, czy insulinę stosować należy i w jakiej dawce. Jeżeli mocz chorego, trzymanego na wyżej wspomnianej djecie, nie zawiera acetonu, a wydajność dobowa cukru nie przekracza 20—30 gr., insulina nie jest potrzebna, jeżeli niema potemu innych specjalnych wskazań, o których mowa była powyżej. Co się tyczy dawkowania insuliny, to pamiętać należy, iż jedna kliniczna jednostka angielskiej insuliny powoduje przyswojenie ustrojowi od $1^1/_2$ do 6 gr cukru gronowego. Wartości te wahają się w znacznych granicach przedewszystkiem dlatego, że insulinę trudno jest dokładnie wymiareczkować, a następnie dlatego, iż ta sama ilość insuliny przyczynia się do spożytkowania przez ustrój większej ilości cukru gronowego w lekkiej cukrzycy, aniżeli w ciężkiej. Wchodzą tu oczywiście w grę czynniki wewnątrz-ustrojowe, zależne od wahań sprawności trzustki, która w lżejszych postaciach cukrzycy zdolną jest wtłaczać do krwiobiegu własny hormon. Przeciętnie trzeba rachować, iż 1 jednostka insuliny przyswaja ustrojowi 3—4 gr cukru gronowego. Na zasadzie określonego więc poprzednio bilansu węglowodanowego możemy mniej więcej obliczyć ilość jednostek, którą należy wprowadzić choremu, aby ten bilans zbliżyć do żądanych przez nas wysokości. Ponieważ jednak nie wiemy, jak dany ustrój zareaguje na insulinę, rozpoczynamy zwykle od znacznie mniejszych jej dawek, np. połowy obliczonej ilości i, pozostawiając chorego ciągle na tej samej djecie, — robimy codziennie wszystkie te same określenia, co i w okresie przygotowawczym. Okazuje się zwykle, że ilość acetonu w moczu szybko się zmniejsza, wzgl. znika on zupełnie, bilans dobowy węglowodanów zmienia się na korzyść chorego. Teraz zaczynamy powoli zwiększać nieco dawkę insuliny, rozkładając ją jednocześnie na dwie porcje: pierwszą rano, na pół godziny przed śniadaniem, drugą przed kolacją. Stosunek rannej dawki do wieczornej uzależniamy od tego, jak się zachowuje ilość cukru w moczu dziennym i nocnym. W niektórych np. przypadkach, jeżeli w moczu nocnym są tylko ślady cukru, można się zadowolić zastrzyknięciem jednorazowem przed śniadaniem. W ten sposób po 2—4 dniach (okres wstępny) z łatwością dochodzimy do takiej dawki insuliny, przy której chory, pozostając na tej samej djecie, jest bez acetonu i wydziela tylko drobne ilości (kilka gramów), wzgl. wcale nie wydziela cukru. Na tej dawce się zatrzymujemy i teraz rozpoczyna się właściwa kuracja. Djeta stosowana przez nas zwykle wystarczała chorym z chwilą, gdy przyswajali całkowicie spożywane węglowodany

w przeciwnym zaś razie możemy powiększyć je nieco, dodając trochę tłuszczu, mięsa i t. d. Po pewnym czasie okazać się może, że tolerancja chorego wzrasta i że ta sama dawka insuliny wystarcza przy większej zawartości węglowodanów w pożywieniu. Po ustaleniu się bilansu węglowodanowego możemy mleko i owoce zastąpić innemi pokarmami węglowodanowemi, oczywiście w ilościach równoważnych, biorąc pod uwagę zarówno wartość cieplną, jak i ilość węglowodanów, ewent. białka i tłuszczów; np. możemy pół litra mleka zastąpić 50 gr chleba+35 gr sera lub 60 gr mięsa lub 50 gr łososia. Bilans węglowodanowy musi być jednak wciąż kontrolowany, przez określanie cukru w moczu dziennym i nocnym. Co się tyczy badania krwi i zależności poziomu hiperglikemji od podawanej insuliny, to trzeba powiedzieć, że bardzo często nie widzieliśmy żadnej współrzędności pomiędzy tym poziomem a stopniem glikozurji, t. j. ilością wydalonego z moczem cukru. U niektórych z naszych chorych stopień przecukrzenia krwi obniżał się stosunkowo nieznacznie, wykazując znaczne wahania w ciągu dnia i nawet naczczo pozostając wysoko ponad normą. Zjawisko to stwierdzają i inni autorowie. Np. Staub, uważając za idealny cel kuracji stałe utrzymywanie cukru we krwi na poziomie normalnym, powiada, że w przypadkach ciężkiej cukrzycy zwykle się to nie udaje. Dlatego też za główną wytyczną w dawkowaniu insuliny w ciągu kuracji przyjęliśmy bilans węglowodanowy; badanie krwi stanowi bardzo pożyteczne uzupełnienie spostrzegania klinicznego, jednak w prywatnej praktyce może ono być dokonywane tylko od czasu do czasu, celem ogólnej kontroli przebiegu sprawy chorobowej. Badanie to posiada wielką wagę tam, gdzie są powody obawy hipoglikemji. Unikamy jej w ten sposób, że pozwalamy, aby w moczu stale był obecny ślad cukru (np. 5—6 gr na dobę), co nam daje pewność, iż poziom cukru we krwi nie zeszedł poniżej normy.

Mówiąc o stosowaniu insuliny, nie podobna pominąć t. zw. zespołu hipoglikemicznego, o czem wspominaliśmy zresztą w poprzednim artykule o insulinie (P. Gaz. lek. Nr. 4-ty, rok 1924). Zespół ten występuje, jak wiadomo, w związku z obniżeniem zawartości cukru we krwi poniżej pewnego minimum; wystąpić on nieraz może przy zawartości cukru we krwi wyższej od normy, jeżeli spadek jego jest zbyt gwałtowny. Pierwsze objawy hipoglikemiczne polegają na uczuciu pewnego niedomagania, osłabienia, nieokreślonego lęku, bólach i zawrocie głowy, głodu; towarzyszą one obniżeniu się zawartości cukru we krwi do 0,07—0,08%; w cięższych — zjawia się kroplisty pot na czole, bladość lub przeciwnie zaczerwienienie twarzy, przyśpieszenie tętna, co jest dowodem, iż hypoglikemja postępuje i dochodzi do 0,06 do 0,05%. Jeżeli w porę nie zapobiec szerzeniu się sprawy, wystąpić mogą objawy bardzo groźne w postaci bądź zupełnej zapaści i utraty przytomności, bądź stanów podniecenia z zamroczeniem, afazją ruchową i czuciową i t. d. Interwencja lekarska w tych razach polegać musi na podaniu w lżejszych przypadkach doustnie roztworu cukru gronowego, ewent. wyciśniętych pomarańcz, w cięższych przypadkach wprowadzić należy dożylnie 10%, lub podskórnie 5%-towy rozczyn cukru gronowego, ewent. z jednoczesnem zastrzyknięciem adrenaliny (1 mgr.) podskórnie. W ten sposób w ciągu bardzo krótkiego czasu, bo nieraz po kilku minutach, udaje się usunąć to dość zresztą nieprzyjemne, na szczęście nie częste powikłanie podawania insuliny. Objawy te występują zwykle w $^{1}/_{2}$ do 1 godziny po zastrzyku insuliny, a obawiać się ich należy szczególnie w przypadkach, w których stan chorego zmusza nas do stosowania odrazu bardzo wysokich dawek insuliny — t. zn. w śpiączce i stanach przedśpiączkowych. Częsta kontrola cukru we krwi, która u nas na oddziale dokonywana jest 2 razy dziennie, bezwzględnie może nas zabezpieczyć od przykrych następstw w tym względzie. W prywatnej praktyce jest to jednak nie do osiągnięcia; dlatego też przyswoiliśmy sobie ostrożniejszy sposób postępowania, polegający na uprzedniem wypróbowaniu tolerancji chorych w stosunku do pewnej stałej djety, na rozpoczynaniu od stosunkowo niskich dawek insuliny i stopniowem zwiększaniu ich następnie, aż do chwili, kiedy chory wydziela stale minimalne ilości cukru w moczu (5—10 gramów na dobę) — i na tem zatrzymujemy się zwykle. Sposób ten, pozwalający uniknąć zbyt częstego i kłopotliwego badania krwi, daje nam dotąd bardzo dobre wyniki.

* * *

Dzięki wielkiej uprzejmości Dra K. Funka, który w Państwowym Zakładzie Higjeny zajął się przygotowaniem insuliny polskiej, otrzymaliśmy do swego rozporządzenia paręset jednostek tego leku. Otóż u jednej z chorych szpitalnych, która przez parę tygodni znajdowała się na insulinie angielskiej (30 jednostek dziennie), wstawiliśmy okres trzydniowy insuliny polskiej; działanie jej nie różniło się prawie niczem od insuliny angielskiej. Liczby odnośne opublikujemy kiedyindziej.

Oceny i sprawozdania.

»Archiwum Historji i Filozofji Medycyny«. Kwartalnik. Poznań. Aleje Marcinkowskiego 15.

Świeżo wyszedł drugi już zeszyt wyżej podanego Archiwum. Rozrastające się piśmiennictwo nasze wzbogaca się pożytecznem nowem pismem archiwalnem o trwałych podstawach, o czem wnioskować możemy już z drugiego zeszytu, który jest objętościowo znacznie większy od zeszytu 1-go. Brak jakiejkolwiek wzmianki o tem nader sympatycznem piśmie w naszej Gazecie, ośmiela mię zwrócić uwagę czytającego ogółu na nie, jako mające za cel utrwalenie polskiej tradycji lekarskiej i dbające o nieprzerwany jej rozwój. Dwa działy wiedzy »Historja medycyny i Filozofja medycyny«, kojarząc się we wspólne katedry na wszechnicach naszych, przystąpiły do wspólnego wydawnictwa archiwalnego. A więc zadania te podobne są do tych, jakie nakreśliła sobie historja medycyny łącznie z filozofją medycyny. »Archiwum Historji i Filozofji Medycyny« ma za zadanie uzupełnić obecne czasopiśmiennictwo lekarskie, a bynajmniej nie wkraczać w zakres działalności istniejących czasopism. Treść każdego zeszytu składa się z następujących działów: I. Historja Medycyny, II. Filozofja Medycyny, III. Pamiętniki i listy, IV. Drobne Artykuły, V. Sprawozdania i oceny, VI. Wiadomości różne.

W pierwszym zeszycie znajdujemy w dziale I. pracę prof. Wł. Szumowskiego: »*Collegium Medicum Stanislao-Augusteum*«. Projekt warszawki z r. 1791 i odpowiedź nań krakowska. — Prof. St. Trzebińskiego: »*Medycyna w Polsce w świetle niektórych pamiętników XVII w.* Dra Rom. Wierzbickiego: »*Historja słownictwa lekarskiego polskiego*«. II. — A. Wrzosek w pracy: »*Określenie pojęcia choroby*«, nawiązując w pewnej mierze do definicyj choroby, sformułowanych przez Śniadeckiego i Chałubińskiego, pojęcie choroby określa jako zmniejszenie sprawności organizmu, przejawiające się bądź w naruszeniu harmonji czynności jego, bądź w takiej chwiejności tej harmonji że naruszają ją bodźce, które u zdrowych podniecają czynności fizjologiczne lub wywołują jedynie rychło przemijające zaburzenia. Dział III. wypełniają: »*Moje wspomnienia*« Fryderyka Skobla, wydane z autografu i wstępem opatrzone przez prof. A. Wrzoska i *Listy Karola Marcinkowskiego do Eustachji Ponińskiej i Stanisława Chłapowskiego.* W dziale IV-tym znajdujemy artykuł — A. Wrzoska: »*Krótka wiadomość o archiwach Szkoły Krzemienieckiej Kuratora Wileńskiego Okręgu Naukowego Tadeusza Czackiego oraz wzmianka o materjałach do historji medycyny w nich zawartych*«.

Zeszyt 2-gi zaopatrzony jest wspaniałym portretem na kredowym papierze Tytusa Chałubińskiego, z podobizną którego redakcja »Archiwum« przystępuje do wydawania portretów znakomitych lekarzy i przyrodników polskich. Do każdego zeszytu redakcja zapowiada dołączenie co najmniej jednego portretu wybitnego lekarza. Z czasem z tych portretów utworzy się album.

Treść zeszytu 2-go składa się z pracy prof. St. Trzebińskiego: »*Brownizm w świetle Pamiętników Franka*«.— Jan Lachs: »*Polscy uczniowie Padewskiej Szkoły lekarskiej*«. — Zd. Skibiński: *Katedra anatomji w Uniwersytecie Jagiellońskim od r. 1602 do r. 1879.* — Dokoń-

czenie pracy N. Wierzbickiego. II. Prof. Nusbaum: *Pojęcia o zjawisku życia w starożytności i w wiekach średnich.* III. Dokończenie »*Moje wspomnienia*« Fr. Skobla i »*Listy Tytusa Chałubińskiego do Ignacego Baranowskiego*«. W dziale IV. czytamy artykuł H. Wrzoska: »*Rola lekarzy prowincjonalnych w zbieraniu materjałów do historji medycyny*«, w której autor podaje w zarysie program pracy lekarzy prowincjonalnych w zakresie zbierania materjałów do dziejów medycyny i przytacza zdanie prof. Wł. Szumowskiego, że warto byłoby zachęcić czytelników do robienia w kościołach odpisów z nieznanych nagrobków lekarzy i przyrodników polskich, oraz do robienia poszukiwań w archiwach miejskich i parafjalnych, azali nie znajdzie się tam czego, coby miało pewną wartość jako materjał do historji medycyny. Otóż odpisy takich nagrobków mogłyby służyć jako materjał do uzupełnienia »Słownika lekarzów polskich«. Lekarze prowincjonalni przysłużyć się również mogą historji medycyny u nas przez zbieranie fotografij i portretów naszych lekarzy, pamiątek po nich, jak np. dyplomów i różnych świadectw uniwersyteckich oraz gromadzenie wiadomości o początku i rozwoju naszych prowincjonalnych Towarzystw Lekarskich, jak również o zakładaniu lecznic na prowincji w czasach dawniejszych i niezbyt odległych. Wreszcie zbieranie przesądów leczniczych ludu naszego, jako odzwierciedlenie w znacznej mierze przeszłości medycyny w teraźniejszości, gdyż genezy lecznictwa ludowego należy szukać głównie w dawnej »oficjalnej« medycynie.

Bogato urozmaicona treść każdego zeszytu jakoteż wytworna szata zewnętrzna zjednają dla »Archiwum« niewątpliwie sympatję ogółu oraz dostateczną ilość prenumeratorów dla utrwalenia bytu swego w czasopiśmiennictwie naszem.

W. Janusz (Lwów).

Würzburger Abhandlungen aus d. Gesamtgebiet der Medizin. (Neue Folge). Tom I. zeszyt 6. S. Isaac: **Über Wesen u. Behandlung der Fettsucht.**

Na 30 stronicach omawia autor pojęcie otyłości i jej odmiany, przyczyny zewnętrze i wewnętrzne, rolę przemiany materji i najnowsze spostrzeżenia w tym kierunku, rolę gruczołów dokrewnych, następnie zaś leczenie tego zboczenia. Omawia więc leczenie djetetyczne, wogóle zagadnienie dowozu wody i soli, żywienie mleczne, ziemniaczane i jarskie oraz »głodówki«. Z zabiegów leczniczych innych przedstawione są ćwiczenia mięśniowe, wodolecznictwo (nb. bardzo pobieżnie i nie z punktu widzenia równowagi układu wegetatywnego) oraz picie wód mineralnych a nakoniec stosowanie przetworów tarczycy i próby stosowania Roentgenoterapji. Rzecz zaopatrzona w tablice i wykresy daje dużo materjału instruktywnego lekarzowi-praktykowi.

Tom I. zeszyt 7. O. Seifert: **Nebenwirkungen der modernen Arzeneimittel.**

Broszura ta stanowi dodatek do dzieła tegoż autora pod tym samym tytułem, a obejmuje najnowsze leki z roku 1923 i 24 w spisie alfabetycznym z podaniem wskazania, dawkowania, objawów ubocznych (nieraz b. niepożądanych!) oraz odnośnej literatury. Tak opisywane leki, jak i cytowane piśmiennictwo jest wyłącznie niemieckie. Wgląd w zestawiony tam materjał jest bardzo pouczający i dlatego lekarzom, mającym styczność z naszym, rozwijającym się przemysłem chemicznym i farmaceutycznym, lekturę tak tej broszurki jako też zapowiedzianych dalszych (co roku) polecić należy.

Sabatowski.

Dr. Leon Krzemicki: »**O chorobach wenerycznych i higjenie życia płciowego**«. Bibljoteczka higjeniczna. Zeszyt III. Książnica-Atlas. Lwów-Warszawa 1924. (Str. 1—61).

Przeczytałem przed chwilą, a przeczytałem z prawdziwą przyjemnością i wciąż rosnącem zaciekawieniem, książeczkę naprawdę dobrą i pożyteczną. Książeczka ta, to wymieniona w nagłówku popularna broszurka Krzemickiego.

»Otóż biorę za pióro, aby spokojnie i otwarcie pomówić z czytelnikiem i czytelniczką o rzeczach, o których — zdaniem wielu jeszcze — ani mówić, ani pisać »nie wypada«. Chciałbym, o ile zdołam tylko otworzyć oczy i młodzieży i rodzicom na grożące nam ze strony chorób wenerycznych niebezpieczeństwa...« mówi Krzemicki na wstępie (str. 4) a czytelnik znający i trudność ujęcia tematu i »śliskość« zamierzenia w pierwszym rzędzie zwraca uwagę nie na to, co autor na ten temat napisze tylko jak napisze. Czy nie wykroczy poza granice obowiązujących ogólnie prawideł »wypada« »nie wypada«, czy nie załamie się tu i ówdzie, czy znajdzie dość delikatności, taktu i powiedzmy otwarcie »serca«, zrozumienia nędzy ludzkiej, win istotnych i rzekomych, czy nie będzie tu i ówdzie moralizatorem nudnym i odstraszającym, »czy nie zrazi ucha delikatnego«, czy zwracając się po raz pierwszy nietylko do czytelników ale i do czytelniczek nie zgubi się w toku wypowiadania własnych myśli i poglądów, słowem, czy zadaniu sprosta?

Mam zawsze pewne uzasadnione obawy, jeśli chodzi o popularne przedstawienie tego rodzaju ważkich, ale śliskich, naprawdę śliskich tematów. Przebiegam też szybko, nim zacznę czytać dalej, spis krótkich rozdziałów i wyznać muszę, z pewnem rozczarowaniem a zarazem niechęcią i żalem do autora widzę tytuły: »Leczenie rzeżączki u mężczyzn, leczenie rzeżączki u kobiet, leczenie kiły...« Jakto? Czyżby autor z rzeczy szlachetnie zamierzonej chciał stworzyć reklamowy »poradnik« dla wenerycznie chorych? Ach, mamy już takie! Wystarczy zatem przejrzeć ten tylko rozdział i zająć odpowiednie stanowisko wobec autora. I tu miła, szczerze mówię, bardzo miła niespodzianka. Nie co tylko, jak napisane. Myliłby się ten, ktoby myślał, że Krzemicki podaje sposoby leczenia chorób wenerycznych, że wtajemnicza czytelnika w zakres, który powinienby być mu niedostępny, choćby ze względu na dobro jego zdrowia. Krzemicki wywiązuje się z tego zadania w sposób inny, zgoła nieoczekiwany, a wywiązuje się w sposób świetny. Poucza, a poucza możliwie dokładnie, nie jak leczyć choroby weneryczne, ale jak w leczeniu chorób wenerycznych współdziałać z wybranym przez siebie lekarzem. Poucza przytem rozumnie, oględnie i delikatnie, jakiego wybrać lekarza i komu zaufać. A zaufania tego, nie nieumiejętnej krytyki, wymaga od chorego bezwzględnie. Jest to rozdział najtrudniejszy a zarazem najcenniejszy tej polecenia godnej broszurki.

Czytać ją może każdy chory, ale leczyć się z pewnością sam nie będzie, co więcej, zrozumie, że leczenie to rzecz trudna, a powaga nauki i doświadczenie lekarza to rzeczy, których laikom krytykować nie wolno. I nie można się dziwić, że po przeczytaniu tego rozdziału zyskuje się w lot sympatję dla autora, że się już czyta bez uprzedzeń, a co więcej, ze szczerą wiarą w dobre zamierzenia autora wszystkie inne rozdziały, rozdziały napisane zwięźle, jasno, językiem potoczystym i jędnym. Nie razi nic trywialnością lub brutalnością a ponad wszystko wzbija się nietylko jasność sądu, ale co ważniejsze, zrozumienie i wczucie się w psychikę chorych i powiedzmy szczerze naprawdę dobre serce. To co mówi o kobiecie, o przewinieniach małżonków wobec niej, o jej duchu pojednawczym, o jej poświęceniu, to mu z pewnością wśród czytelniczek szczere zjedna uznanie.

A szczegół inny, niesłychanie ważny! Broszurka Krzemickiego nie stworzy wenerofobów, bo w broszurce tej prócz ziarna prawdy o chorobach wenerycznych, prócz właściwego osądu ich grozy przebija i przewija się ciągle rozumnie podkreślana teza ich doszczętnej uleczalności. Staranny i troskliwy dobór wyrażeń i określeń, o ile chodzi o życie płciowe, sprawia, że książeczkę Krzemickiego można oddać do czytania dorastającej młodzieży płci obojga bez obawy zepsucia jej lub choćby przedwczesnego rozbudzenia i uświadomienia. Przeczytanie jej może zalecić lekarz-praktyk każdemu swemu choremu, bo książeczka ta objaśni chorego w równej mierze o znaczeniu chorób wenerycznych, jak i o potrzebie sumiennego ich leczenia.

Barwny i żywy język psuje trochę zbyt częste używanie słowa »nader« w znaczeniu »bardzo« lub niezwykle«. Na str. 59 pierwszy ustęp z góry należałoby zmienić tak, aby zamierzona na oba pytania odpowiedź »nie« zbijała oba pytania rzeczonego ustępu a nie pytanie drugie tylko. Słowo »paćkania się« (str. 42) należy zastąpić innem, bardziej literackiem. »Recydywy tych narządów« (str. 27) zastąpić: nawrotami w tych narządach.

Innych usterek nie znalazłem, a przytoczone nie umniejszają w niczem rzetelnej wartości tej naprawdę pożytecznej i świetnie napisanej książeczki.

Lenartowicz (Kraków).

Autor broszury »o chorobach wenerycznych i higjenie życia płciowego«, której ocenę pióra prof. Lenartowicza podajemy powyżej, nadsyła nam następujące oświadczenie, znamienne dla naszych stosunków wydawniczych.

»Oświadczam, że drugie wydanie polskiego przekładu niemieckiej książki prof. Grubera p. t. »Higjena życia płciowego«, które ukazało się w tych dniach na półkach księgarskich, uskutecznione zostało przez »Księgarnię Polską« Połonieckiego we Lwowie zupełnie bez mej wiedzy; że na kartce tytułowej zupełnie samowolnie umieszczono moje nazwisko jako tłumacza, pomimo że bardzo liczne przeróbki i uzupełnienia dawnego przekładu (dokonanego przezemnie jeszcze przed 17 laty) nie mojego są pióra; dotyczy to przedewszystkiem całego rozdziału IX-go książki, zawierającej między innemi następujące »kwiatki« stylistyczne: »mężczyzna, jako stwór niższorzędniejszy« (str. 106); »taka miłostka brudzi duchowo dużo więcej, aniżeli przypadkowe odwiedziny u prostytutki, które mają cechy urządzeń koniecznej potrzeby, jak publiczne miejsca ustępowe« (str. 105); »zbyt wiele kobiet ma w sobie nie »wieczyście kobiece« ale »zbyt kobiece« (str. 111) i t. d. i t. d.

Wobec powyższego stanu rzeczy, nie przyjmuję na siebie oczywiście żadnej odpowiedzialności za ten przekład, a całą sprawę skierowałem na drogę sądowo-karną«.

Dr. Leon Krzemicki.

Przegląd piśmiennictwa.

La Presse Médicale.

Nr. 28. 1924.

Camille Lian. **Wyniki podawania siarczanu chinidyny w niemiarowości zupełnej.** Z 37-miu przypadków niemiarowości zupełnej, leczonych chinidyną, w 16-stu przypadkach autor osiągnął poprawę (44%), co przewyższa znacznie dawne statystyki. Na 16 dodatnich przypadków tylko w 4-ch zniknięcie niemiarowości zupełnej było przemijające, w pozostałych 12-stu wyleczenie było zupełne i trwałe. Autor tłumaczy znakomite wyniki zastosowaniem leczenia następczego (*cure d'entretien*). W okresie niemiarowości autor podawał chinidynę w ilości od 2-ch do 8-miu tabletek (po 0.2) dziennie w ciągu 5—10 dni. Leczenie następcze polega na podawaniu chinidyny po ustąpieniu niemiarowości w ciągu tygodnia po 5 tabletek dziennie. Poczem w ciągu 3-ch tygodni podajemy na zmianę: 5 dni po 5 tabletek chinid., 5 dni po $^1/_{10}$ mgr digitaliny krystalicznej dziennie. Wreszcie chory w ciągu pierwszych 5-ciu dni dwutygodniowego okresu bierze od 4-ech do 5-ciu tabletek dziennie, w ciągu zaś 5-ciu pierwszych dni drugiego tygodnia po $^1/_{10}$ mgr digitaliny. W przypadkach w których nie spostrzegamy duszności nawet przy wysiłkach fizycznych, można powstrzymać się od podawania digitaliny. Zresztą podany wyżej sposób leczenia można zależnie od okoliczności do pewnego stopnia zmieniać. Autor przytem zaznacza, że jednocześnie z ustąpieniem niemiarowości spostrzega się znaczne polepszenie zmian czynnościowych (bicie serca, duszność, brak łaknienia, sen i t. p.

Spostrzeżenia autora i dane z piśmiennictwa zachęcają do systematycznego stosowania średnich dawek chinidyny w przypadkach niemiarowości ekstrasystolicznej.

Wreszcie spostrzeżenia autora, tyczące podawania chinidyny w przypadkach częstoskurczu serca napadowego, wykazują, że pod wpływem takiego leczenia zmniejsza się częstość występowania i nasilenie napadów. Przytem w przypadkach trzepotania przedsionków (*auricular flutter*) za radą Parkinson'a i Nicholl'a należy podawać z początku chinidynę (jak i w niemiarowości zupełnej), poczem przejść na digitalinę i w razie potrzeby powracać do chinidyny.

Sposób stosowania chinidyny w czasie napadów częstoskurczu serca nie jest dostatecznie ustalony. Natomiast zalecane jest stosowanie jej w przerwach między napadami, co wpływa dodatnio na przebieg schorzenia (autor zaleca stosowanie w ciągu miesięcy po 2—3 tabletki (po 0.2) dziennie w ciągu 10-ciu dni każdego dwutygodniowego okresu). W razie potrzeby należy podawać w dnie bezchinidynowe naparstnicę.

Nr 33. 1924.

H. Chabanier. G. Lobo-Onell i M. Lebert. **Leczenie cukrzycy insuliną w praktyce.** Na zasadzie 102 przypadków cukrzycy leczonych insuliną od stycznia 1923 r. autorzy wyprowadzają następujące wnioski praktyczne. Leczenie winno poprzedzać przedwstępne badanie chorego, które polega na określeniu czynnika nerkowego cukrzycy w danym przypadku i na ustaleniu bilansu węglowodanowego przy zastosowaniu djety z maksymalną dopuszczalną zawartością węglowodanów dla danego chorego. Liczne badania, począwszy od Lepine'a, wykazały, że przecukrzenie krwi nie jest jedynym czynnikiem wpływającym na cukromocz. Między temi obydwoma zjawiskami niema stałego stosunku. Obok osobników ze znacznem przecukrzeniem krwi i stosunkowo niewielkim cukromoczem spotykamy chorych ze stosunkowo nieznacznie wzmożoną zawartością cukru we krwi i wybitnym cukromoczem. Zjawisko to tłumaczy się tem, że nerki nie w jednakowym stopniu przepuszczają cukier z krwi do moczu, t. j. próg wydzielania cukru jest różny, co ma duże praktyczne znaczenie w ustaleniu djety maksymalnej u djabetyków. W przypadkach, gdzie czynnik nerkowy cukrzycy jest słabo zaznaczony, można stosować djetę stosunkowo bogatszą w węglowodany i odwrotnie. W celu określenia czynnika nerkowego autorzy poddają chorego w ciągu kilku dni djecie, zawierającej 100 gr węglowodanów i określają dobową zawartość cukru w moczu. Kiedy nastąpi w wydalaniu cukru w moczu pewna równowaga, określa się zawartość cukru we krwi rano naczczo. Im większy jest cukromocz w stosunku do zawartości cukru we krwi, tem większą rolę odgrywa w schorzeniu czynnik nerkowy. Poczem w przypadkach o umiarkowanym czynniku nerkowym autorzy poddają chorego djecie zawierającej 150 — 200 gr węglowodanów, w przypadkach zaś o wyraźnie zaznaczonym czynniku nerkowym ilość węglowodanów ogranicza się do 100—120 gr. Djetę tę autorzy stosują przed leczeniem i w ciągu całego leczenia insuliną i codziennie określa się w dobowej ilości moczu zawartości cukru i acetonu; chorego codziennie należy rano ważyć.

Leczenie polega na stosowaniu domięśniowych zastrzyków insuliny (w pośladki). Zastrzyki te są prawie niebolesne, nie pozostawiają po sobie stwardnień; nie spostrzega się powikłań (ropnie i t. p.). Zastrzyki należy robić 2 razy dziennie bezpośrednio przed 2-ma zasadniczemi posiłkami; w wyjątkowo ciężkich przypadkach na początku leczenia należy zastrzykiwać 3 razy dziennie. Leczenie winno 1. odbywać się bez przerwy (okoliczności tej autorzy przypisują nader pomyślne wyniki leczenia), 2. być dostatecznie długiem (a priori trudno określić czas trwania kuracji — jednak po ustąpieniu cukromoczu należy zastrzykiwać insulinę jeszcze co najmniej 15 dni); 3. bezpośrednio po zastrzyku chory powinien otrzymać obfity posiłek, co jest łatwem do wykonania w szpitalu lub w domu; w przypadkach, kiedy chory przychodzi do lekarza, po dokonaniu zastrzyku wypija na miejscu 150 gr mleka, resztę zaś posiłku zjada po powrocie do domu. Autorzy zalecają stosowanie dużych dawek insuliny średnio stosowali 10 swoich jednostek na dobę, co odpowiada 80-iu nowym jednostkom amerykańskim. W przypadkach ciężkich dochodzili do 12-stu, 14-stu swoich jednostek; w przypadkach śpiączki zastrzykuje się znacznie większe dawki. Po zastosowaniu takiego leczenia już po upływie kilku dni spostrzegamy zupełne znikanie acetonu w moczu, mimo, że djeta pokarmowa zawiera znaczną ilość białka i tłuszczu (powyżej 120 gr każdego z nich), W przypadkach, w których zmniejszanie się acetonu następuje powoli, można przyśpieszyć to, zmniejszając na krótki czas ilość podawanego tłuszczu i białka. Po zniknięciu acetonu staramy się osiągnąć ustąpienie cukromoczu. Zresztą w większości przypadków cukromocz szybko obniża się, mimo że chory poddany jest na zasadzie przedwstępnego badania maksymalnej djecie. Dzięki zaś zastoso-

waniu takiej djety choremu łatwiej przybywa na wadze, stan ogólny szybko poprawia się; unikamy przytem niepożądanych objawów niedocukrzenia krwi po zastrzykach insuliny. W przypadkach niedocukrzenia autorzy zalecają, aby chorzy czas przyjmowania posiłku możliwie rozciągali t. j. aby trwał on od $1\frac{1}{2}$ do 2-ch godzin. W razie, gdy nie możemy osiągnąć ustąpienia cukromoczu przy maksymalnej węglowodanowej djecie, należy ilość spożywanych węglowodanów ograniczyć. Należy jednak baczyć, aby ograniczenie to nie wpływało ujemnie na stan ogólny chorego. Zatem warunki bezpiecznego stosowania leczenia insuliną sprowadzają się do następujących wskazówek: 1. zastosować djetę możliwie bogatą w węglowodany, kierując się stopniem czynnika nerkowego cukrzycy w danym przypadku; 2. zwiększać djetę węglowodanową w chwili znikania cukromoczu; 3. podawać pokarmy bezpośrednio po zastrzyku insuliny; 4. przedłużać czas trwania posiłków w przypadkach, kiedy chory w 3—5 godzin po zastrzyku wykazuje objawy niedocukrzenia krwi.

Na 20.000 zastrzyków tylko 7 razy autorzy spostrzegali objawy niedocukrzenia i we wszystkich tych 7-iu przypadkach powyżej wymienione ostrożności nie były przestrzegane. Leczenie w takich razach polega na podaniu 30 gr cukru, rozpuszczonego w niewielkiej ilości wody, doustnie, bądź w lawatywie lub wreszcie podskórnie. Zastrzyk 1 mgr adrenaliny przyśpiesza ustąpienie objawów. Z chwilą przerwania leczenia insuliną należy nieco ograniczyć podawanie choremu węglowodanów (n. p. z 210 gr do 120 gr); badać systematycznie mocz na zawartość cukru i acetonu, ważyć regularnie chorego. Jeżeli dodatni wynik leczenia utrzymuje się, djetę zwiększamy; jeśli natomiast stwierdzamy nawrót cukrzycy, poddajemy chorego nowej kuracji insuliną.

Nr. 36. 1924.

J a c q u e s P u r g. **Przyczynowe leczenie anginy Vincent'a** Liczne badania doświadczalne wykazały, że zaszczepienie krętków Vincent'a i wrzecionowców wywołuje schorzenie tylko wówczas, gdy zostało dokonane na chorobowo zmienionych tkankach. U zdrowych ludzi szczepienia te dałyby zawsze wynik ujemny. Zatem dla powstania i rozwoju anginy Vincent'a potrzebne są nieodzownie dwa warunki: 1) zmniejszenie odporności błony śluzowej i 2) obecność krętków i wrzecionowców. Zmniejszenie odporności śluzówki w 25% przypadków uwarunkowane jest schorzeniem ogólnem (awitaminozy i t. p.). W 95% przyczyną schorzenia jest zdaniem autora, zakażenie śluzówki dookoła korony zębów w okresie wadliwego rozwoju ich bądź to u dziecka 5-io letniego, bądź też zęba mądrości u dorosłego w wieku od 20 do 25 lat. Spostrzeżenia kliniczne potwierdzają ten pogląd. W istocie prawie zawsze dokładne badanie jamy ustnej w przypadkach anginy Vincent'a (zwykle jednostronnej) wykrywa wadliwy lub gnilny rozwój dolnego zęba mądrości z tej samej strony, co i schorzenie gardzieli. Po wyjęciu zęba owrzodzenia w gardzieli ustępują, znika bowiem wówczas drażniące działanie tego zęba na n. trójdzielny, co jest przyczyną złego odżywiania, zatem mniejszej odporności śluzówki.

Leczenie anginy winno być przyczynowem. Jedynie w bardzo lekkich i krótkotrwałych przypadkach można ograniczyć się do stosowania błękitu metylenowego lub salwarsanu W przypadkach nieco cięższych jedynie usunięcie zęba mądrości powoduje ustąpienie owrzodzenia. Wreszcie w bardzo nielicznych przypadkach przyczyną anginy są ogólne wyniszczające schorzenia lub też wadliwe odżywianie (pseudoepidemja w wojsku) — przypadki te wymagają stosownego leczenia!

Nr. 38. 1924.

C h a b a n i e r, L o b o - O n e i l i L e b e r t: **Leczenie insuliną cukrzycy w praktyce.**

Autorzy podają zasady pełnego leczenia cukrzycy za pomocą insuliny oraz wskazania i przeciwwskazania do stosowania jej. Pełne leczenie autorzy przeprowadzili w 52 ciężkich przypadkach cukrzycy. U wszystkich chorych stwierdzono znaczną poprawę stanu ogólnego; w niektórych przypadkach leczenie powodowało wprost zmartwychwstanie chorych. Poza dodatniem działaniem na stan ogólny pełne leczenie pozwala utrzymywać djabetyka w stanie prawidłowym lub bliskim od prawidłowego, co najmniej zaś sprowadza ciężkie postacie cukrzycy do łagodnych i utrzymuje je w takim stanie. Na 52 ciężkich chorych autorzy byli zmuszeni podawać insulinę bez przerwy 12-stu chorym; w pozostałych 40 przypadkach pełne leczenie polegało na stosowaniu całego szeregu kuracyj insulinowych z przerwami, wahającemi się od 1 do 2-ch mies. (22 chorych), do 3-ch miesięcy (18 chorych). Należy bacznie obserwować chorych po przerwaniu kuracji zwłaszcza w ciężkich przypadkach cukrzycy, aby uniknąć występowania śpiączki. W przypadkach, w których dodatni wynik leczenia utrzymuje się, autorzy radzą stosować powtórne leczenie, nie odwlekając go zbytnio, nawet jeżeli badanie moczu i stan ogólny chorego nie świadczą o nawrocie schorzenia. Autorzy radzą stosować systematyczne leczenie co miesiąc lub półtora miesiąca, trwanie powtórnych kuracyj jest krótsze od pierwszej zasadniczej i waha się od 10-iu do 20-stu dni. Wskazania do stosowania insuliny są następujące: 1) Śpiączka cukrzycowa i stany poprzedzające śpiączkę, 2) ciężkie postaci cukrzycy, w których nawet znaczne ograniczenie podawanych węglowodanów nie usuwa cukromoczu, natomiast powoduje wyraźną acetonurję; 3) nieco łagodniejsze przypadki cukrzycy, wikłające się przykremi dla chorego objawami, zależnemi od przecukrzenia krwi jako to: uporczywe swędzenie, objawy bólowe (rwa kulszowa, bóle głowy), mnogie czyraki, schorzenia siatkówki i t. p.; 4) pozatem należy stosować insulinę u djabetyków w razie dokonywania zabiegów chirurgicznych.

Zdaniem autorów niema istotnego przeciwwskazania do stosowania insuliny. Wbrew licznym dotychczasowym poglądom sądzą oni, że insulina raczej powstrzymuje rozwój gruźlicy u djabetyków; obecność gruźlicy może zmniejszyć jedynie dodatni wpływ insuliny na polepszenie ogólnego stanu chorego. ***Aleksander Krause*** (Warszawa).

Klinische Wochenschrift.

Nr. 6.

L e s c h k e E r i c h. **Badania doświadczalne i kliniczne nad rozpuszczalnym w wodzie preparatem kamforowym »Hexeton«.** »Hexeton« jest to połączenie 3-methyl-5-izopropyl-2 3-cyclohexenon, pochodna hexametylenu. Zarówno składem chemicznym jak i działaniem farmakologicznem jest bardzo zbliżony do kamfory. Liczne badania doświadczalne na zwierzętach wykazały, że »Hexeton« pobudza 1) serce osłabione pod wpływem a) chloralhydratu, b) muskaryny, c) choliny, d) wody przesączonej, e) morfiny, f) chloroformu; że 2) pobudza także porażoną czynność nerwów naczynioruchowych i ośrodka oddechowego. Wyższość swą w porównaniu z kamforą zawdzięcza swej rozpuszczalności w roztworze wodnym salicylatu sodu wchłania się szybciej niż kamfora, a więc i działa szybciej. Stosuje się u ludzi 1) domięśniowo w dawkach 2 cm^3, zawierających 0.2 gr Hexetonu (ampułki po 2,2 cm), lub 2) dożylnie w rozcieńczeniu 20-krotnie słabszem, w dawkach 1 cm^3 zawierających 0,01 gr Hexetonu (ampułki po 1,2 cm^2). Wskazania do stosowania Hexetonu są takież, jak i dla kamfory, a więc w przypadkach uszkodzenia pobudliwości serca, ośrodka oddechowego i ośrodków układu centralnego.

Nr. 7.

H i l d e b r a n d t. **Wpływ tyroksyny na pędzenie moczu.** Tyroksyna, preparat krystaliczny z gruczołu tarczowego, wstrzyknięta dożylnie szczurom, wywołuje żywsze zapotrzebowanie O_2, żywszą przemianę materji. E p p i n g e r wykazał, że psy karmione gruczołem tarczowym wydzielają żywiej podany per os lub podskórnie roztwór NaCl. Po wycięciu gruczołu tarczowego wydzielanie soli kuchennej i diureza zmniejszały się. Autor, badając wpływ tyroksyny, wstrzykniętej dożylnie królikom w ilości 1 mg, zauważył, że: 1) po wstrzyknięciu tyroksyny występuje znaczne rozwodnienie krwi, sięgające maximum w 5 ej lub 6-ej godzinie i utrzymujące się do dnia następnego; 2) równolegle występuje znaczna diureza z wydzielaniem chlorków, największem od 3 — 6 godz.; 3) wpływ tyroksyny utrzymuje się po przecięciu rdzenia szyjnego. Tyroksyna ma działanie moczopędne ale nierozstrzygnięte jest jeszcze, czy działa ona bezpośrednio na nerki, czy też substancje z tkanek, przechodzące do krwi, pobudzają działanie nerek.

Rusznyak. **Stosowanie siarki w hypertonji.** Stosując wstrzykiwania siarki, autor zauważył, że obniżają one podwyższone chorobliwe ciśnienie. Z preparatów autor podawał a) 1% zawiesinę siarki w oliwie według Meyer-Bischa, b) domięśniowo 1% roztwór siarki, tak zwany »sulfolein« firmy Egger, w ilości 1 cm³, następnie w ilości 3-5-7 do 10 cm³ w przerwach 3—5 dniowych. Jednocześnie autor podawał w okresie wstrzykiwań, nawet dłuższy czas potem ½ gr weronalu per os. Badania na 50 chorych wykazały, że: 1) reagują oni często podwyższoną ciepłotą, 2) ciśnienie znacznie opada już po 2—4 wstrzyknięciach, 3) może tylko w 10% przypadków badanych stosowanie siarki nie dało pomyślnego skutku być może dlatego, że stosowano zbyt małą dawkę, dawkowanie zaś jest indywidualne: u niektórych chorych spadek ciśnienia występuje już po 2 ctg, u innych zaś po 10 ctg. Spadek ciśnienia pod wpływem siarki przebiega równolegle z podwyższoną ciepłotą, następuje tu prawdopodobnie rozszerzenie naczyń obwodowych w chwili zwiększonego oddawania ciepła.

Nr. 8.

Asner. **Gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu i fagocytoza.** Sposób określania zdolności fagocytozy białych ciałek krwi według metody Hamburgera, autor stosuje w badaniach stosunku gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu do fagocytozy Sposób ten polega na tem, że leukocyty, znajdujące się w odpowiednich warunkach pochłaniają cząsteczki węgla z zawiesiny w płynie Ringera. Zachowanie się fagocytozy jest odmienne u zwierząt prawidłowych i takich, którym wycięto bądź to gruczoł tarczowy, bądź to jajniki. Wstrzykiwano zwierzętom takim aleuronat do jamy brzusznej; po 22 godzinach wydobywano wysięk i według metody Hamburgera, łączono z zawiesiną węgla, poczem liczono leukocyty pod drobnowidem. Okazało się, że 1) leukocyty u zwierząt, którym usuwano gr. tarczowy traciły zdolność fagocytozy: liczba leukocytów, pochłaniających cząsteczki węgla wynosiła od 4—7%, u prawidłowych zaś — od 30—33%. Wydzielina więc gr. tarczowego ma tu znaczny wpływ. 2. Brak jajników również wpływa ujemnie na zdolność fagocytozy, lecz w znacznie mniejszym stopniu, niż brak tarczycy; 3) w barwionych preparatach wysiękowych często można zauważyć, że u zwierząt prawidłowych wielkie makrocyty pochłaniają wielojądrzaste leukocyty; w przypadkach, gdzie gr. tarczowy usunięto, komórek takich brak. Szczegółowsze badania nad wpływem gr. o wewnętrznem wydzielaniu na fagocytozę są w toku.

Collazo, Händel, Rubino. **Mechanizm działania insuliny.** Badania nad mechanizmem działania insuliny (punktem uchwytu) dzielą autorowie na dwie grupy: 1) badania nad zawartością glikogenu w wątrobie, glikogenu, laktacidogenu i kw. mlecznego w układzie mięśniowym świnki morskiej, której wstrzyknięto insulinę (6 jednostek) i zabito po upływie 4 godzin; porównawcze badania prowadzono na śwince normalnej (bez insuliny). Śwince około 300 gr. wagi dawano 4 godz. przed śmiercią 3 gr glukozy, by uniknąć zespołu hypoglikemicznego. 2) Badania in vitro nad rozpadem glikogenu, laktacidogenu i tworzeniem kw. mlecznego po podaniu insuliny (7 jednostek) do miazgi wątrobowej lub mięśniowej. Wyniki badań były następujące: 1) zawartość glikogenu w wątrobie i mięśniach po insulinie nieco zmniejszała się. 3) kw. mleczny w mięśniach nieznacznie się zmieniał; 4) rozpad glikogenu w miazdze wątrobowej nie zmieniał się; 5) kw. mleczny w miazdze mięśniowej po insulinie zwiększał się; 6) rozpad laktacidogenu w miazdze mięśniowej po insulinie zwiększał się; 7) kw. mleczny w mięśniach świnki, której wstrzyknięto insulinę zwiększał się.

Z tego wynika, że spadek zawartości cukru we krwi zależy 1) od zwiększonego gromadzenia glikogenu, 2) szybszego rozpadu laktacidogenu i zwiększonego tworzenia kw. mlecznego. Zaczyn trzustkowy wpływa tu w znacznym stopniu. Badania te rzucają światło na zaburzenia w przemianie węglowodanowej w cukrzycy: z jednej strony zaburzenia w tworzeniu glikogenu, z drugiej zaś — w tworzeniu kw. mlecznego i w rozpadzie laktacidogenu.

Nr. 9

Holló, Weiss. **Stosunek między napięciem kwasu węglowego w pęcherzykach płucnych i wydzielaniem treści żołądkowej po pokarmach.** Badania licznych autorów (Porges, Leimdörfer, Markowici) wykazały, że po spożyciu pokarmów występuje zwiększone napięcie kwasu węglowego w pęcherzykach płucnych, a to dlatego, że wydzielanie kwaśnej treści żołądkowej odciąga z krwi czynniki kwaśne; występująca wskutek tego alkaliczność krwi wpływa ujemnie na ośrodek oddechowy, zmniejszając powietrzność płuc i wywołując wzmożenie napięcia kwasu węglowego w pęcherzykach płucnych. Z badań Benneta i Dodds'a wynika, że wzmożenie napięcia kwasu węglowego jest znaczniejsze u osób z nadkwaśnością żołądkową; u osób z upośledzoną kwasotą wzmożenia tego brak. Napięcie kwasu węglowego mierzono metodą Plescha lub Haldana przed i w pół godziny po spożyciu próbnego śniadania według Boasa. Badania autorów potwierdziły powyższe spostrzeżenia. Wydzielanie kwaśnej treści żołądkowej biegnie równolegle ze zwiększeniem napięcia kw. węglowego, zarówno opadanie napięcia tegoż — równolegle z wydzielaniem treści jelitowego alkalicznej. Na podstawie krzywej CO_2 można zorjentować się co do wydzielania treści żołądkowej, całego przebiegu wydzielania, co ma znaczenie w patologji żołądka. Przebieg krzywej napięcia CO_2 wykazuje duże indywidualne różnice: maximum napięcia występuje od 20—70 minut, średnio po 30'. W przypadkach, w których zakładanie sondy jest przeciwwskazane, krzywa napięcia kw. węglowego może do pewnego stopnia być wskaźnikiem wydzielania kw. solnego w żołądku

Nr. 10.

Jungmann, Brüning. **Zabieg operacyjny w przypadkach dusznicy oskrzelowej (asthma bronchiale).** W przypadkach dusznicy oskrzelowej Kümmel stosuje zabieg operacyjny, polegający na wycięciu zwoju współczulnego szyjnego łącznie z ganglion stellatum. Autorowie, stosując tą metodę w kilku przypadkach dusznicy, nie otrzymali dobrych wyników, gdyż już po kilku dniach po zabiegu ataki powtarzały się, a stosowanie adrenaliny, jak i przed operacja, dawało dobre wyniki. Zabieg operacyjny, mający na celu obniżenie wzmożonego napięcia n. błędnego (przyczyna dusznicy oskrzelowej) przez przecięcie zwoju współczulnego, nie może być stosowany, według autorów, w przypadkach dusznicy, zjawisko to jest bardziej skomplikowane Teoretycznie biorąc niema w dusznicy przewagi układu przywspółczulnego (parasympatycznego), bo w takim razie po wycięciu n. współczulnego układ antagonistyczny brałby przewagę i ataki dusznicy zwiększałyby się, jednak autorowie stwierdzić tego nie mogli; przypuszczają oni, że raczej zakończenia nerwowe układu wegetatywnego są punktem uchwytu dla napadów dusznicy oskrzelowej. Potwierdza ten pogląd działanie adrenaliny po zabiegu operacyjnym, a adrenalina działa nie na n. współczulny, lecz na jego zakończenia.

Nr. 12.

Mendel, Wittgenstein, Wolfenstein. **O stosowaniu insuliny perlingual.** Stosowanie insuliny w zastrzykach daje najpomyślniejsze wyniki; stosowanie doustne, za pomocą sondy dwunastniczej (Mulik, Sutter), per rectum, wchłanianie nosem, doskórne stosowanie nie daje dobrych wyników. Mendel pierwszy zastosował podawanie niektórych środków, rozpuszczających się w jamie ustnej i wchłaniających się przez błonę śluzową jamy ustnej do krwiobiegu; jest to stosowanie najęzykowe, które wymaga mniejszych dawek i wykazuje szybszy i wyraźniejszy odczyn, co stwierdzono w przypadkach podawania atropiny, medinalu (Dreyer), nitroglyceryny (Grossman), piramidonu (Urbanschitsch). Autorowie, podając insulinę najęzykowo, stwierdzili w kilku przypadkach, że 1) wchłania się ona i 2) wpływa na przemianę węglowodanową tak, jak insulina w zastrzykach. Dalsze badania, tyczące się dawkowania, są w toku.

Bronisława Szuldberg (Warszawa).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XX. Posiedzenie naukowe z dnia 6. czerwca 1924 r.

Przew.: Prym. Leńko. Obecnych: 70.

Kol. Rothfeld przedstawia chorego, 37-letniego przysłanego do kliniki z powodu śpiączki, która utrzymuje się, a nawet potęguje się od 2-ch miesięcy. Z początku choroby skarżył się chory na podwójne widzenie, na zaburzenia równowagi ciała, potem wystąpiły zaburzenia pęcherzowe, a mianowicie na niemożność zatrzymywania moczu. Już w pierwszych dniach pobytu w klinice uderzającą była śpiączka, w którą chory co chwila popadał, tak że podejrzenie, że mamy do czynienia ze śpiączką epidemiczną mogło być usprawiedliwione. Jednak badanie przedmiotowe stwierdziło obrzęk obu tarcz nerwów wzrokowych z wybroczynami, zwolnienie tętna, jako wyraz podwyższonego ucisku śródczaszkowego. Obok tego rozszerzenie szpary powiekowej i źrenicy po stronie lewej, oraz wytrzeszcz lewej gałki ocznej, nieznaczny niedowład lewej, dolnej gałązki n. VII, *adiadochokinosis* po lewej, wyraźną apraxię lewej ręki, przy utrzymanej stereogmozji i czuciu dotykowem, znaznaczony objaw Romberga, częste zataczanie się na lewą stronę i ku tyłowi, które to objawy dość szybko się pogarszają tak, że chory także i w siedzeniu przechylia się na lewo. Objawów porażennych ani na kończynach górnych ani dolnych nie stwierdzamy. Objawów aphasji brak. Babiński ujemny, Oppenheim zmienny, daje się czasem wywołać z drugiej kończyny. Zachowanie się chorego w chwilach wolnych gd śpiączki było inne aniżeli chorych na śpiączkę epidemiczną; chory nasz nie orjentuje się w czasie, a kiedy się prześpi, choćby tylko kilka minut, podaje na powtórne zapytanie dzień następny, nie wie w jakiem miejscie się znajduje, w jakim celu przebywa na klinice, nigdy się na nic nie skarży, niema poczucia choroby. Zapomina bardzo szybko zdarzenia świeże, natomiast pamięta dawniejsze dobrze, jak to można było stwierdzić przy pomocy jego rodziny. Zarówno objawy somatyczne jak i stan psychiczny chorego pozwolił na wykluczenie śpiączki epidemicznej i rozpoznanie nowotworu płata czołowego, przechodzącego na spoidło wielkie mózgu i na ciało prążkowane, lub wywierający conajmniej znaczny ucisk w kierunku spoidła i ciał prążkowanych; nie jest wykluczonem, że nowotwór wychodzi wprost ze spoidła wielkiego.

Kol. Rothfeld omawia nadto przypadek **tumoru lewego płata czołowego** będący obecnie w obserwacji klinicznej a który przy pobieżnem badaniu robi zupełnie wrażenie postępującego paraliżu. Brak zaburzeń ze strony źrenic, ujemny odczyn Wassermanna we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym, normalny wynik innych reakcji w płynie przemawiał przeciw p. p. Przy dokładniejszem badaniu stanu psychicznego okazało się, że obok znacznego stopnia demensji mamy wyraźną aphasję motoryczną i częściowo sensoryczną, zresztą żadnych objawów ogniskowych. Dno oka prawidłowe, nigdy nie miał bólów głowy ani wymiotów. Tętno bez zmian. Zdjęcie roentgenowskie czaszki wykazuje powiększenie siodełka tureckiego i zniszczenie *proc. clin.* Sprawa chorobowa trwa od lat trzech.

W dyskusji prof. Schramm podnosi, że dziwnem mu się wydaje, iż przy braku wszelkich innych objawów wzmożonego ucisku wśródczaszkowego, tak bardzo ucierpiało źródełko tureckie.

W odpowiedzi R. zauważa, że siodełko, jako narząd czuły na ciśnienie wzmożone nieraz pierwsze pzzed innemi zmianami ulega rozszerzeniu.

Kol. Pisek przytacza analogiczny przypadek z obserwacji, gdzie siodełko także uległo zniszczeniu, zanim wystąpiły jakiekolwiek objawy wzmożonego ciśnienia wśródczaszkowego.

Kol. Schusterówna wygłosiła rzecz: **»O sztucznem wytwarzaniu nowotworów«** (przeznaczone do druku).

T. Falkiewicz.

XXI. Posiedzenie naukowe z dnia 13. czerwca 1924 r.

Przewodniczy: Prym. Dr. Leńko.

Obecnych 70 członków.

Przewodniczący zawiadamia, że wkładka kwartalna za Lw. Gazetę lek. wynosi 8 Z. z powodu podniesienia kosztów druku i rozszerzenia pisma.

Kol. Grek wygłosił odczyt p. t. **„O dożylnem stosowaniu cukru w chorobach serca“** (ogłoszony drukiem w »Gazecie Lek.« Nr. 26 r. 1924).

Dyskusja: Prym. Pisek stosował cukier w roztworze 10% po pojawieniu się pracy Büdingeña. W przypadkach schorzeń mięśnia sercowego i miażdżycy tetnic i objawami dusznicy bolesnej. Nie widział po wstrzykiwaniach żadnych powikłań. Ilości stosował mniejsze (55 cm³—50 cm³) — uważa ten zabieg za nieszkodliwy, ale niewiele pomocny. Nie widzi podstawy do wprowadzania nazwy *»cardiodystrophia«*. W jednym przypadku *endocarditis lenta*, w którym stosował cukier dożylnie, nie widział żadnego polepszenia.

Kol. Stauber stosował cukier w roztworze 5% w ilości 40 cm³. Wybitnych wyników nie stwierdził. W jednym tylko przypadku ostrej niedomogi serca, po szkarlatynie, wstrzyknął 20 cm³ 20% roztworu z doskonałym skutkiem. Wstrzykiwania następowo powtarzał.

Prof. Moraczewski zwraca uwagę, że podawanie cukru per os podnosi zawartość cukru we krwi (glikemję), najprawdopodobniej na drodze odruchowej podobnie, jak po wodzie. Nie należy się obawiać koncentracji po wstrzykiwaniach. Wstrzykiwał bowiem zwierzętom 50 gr. 50% cukru gronowego (dekstrozy) i nie widział żadnych wstrząsów. Podniesienie czynności serca następuje nie wskutek działania odżywczego cukru, ale jak po każdem wstrzyknięciu dożylnem większej ilości płynu. 15% wstrzykniętego roztworu cukru wydziela się przez mocz.

Kol. Salpeter w dermatologji często stosuje cukier dożylnie. Przed 2 laty podał Guye z Brukseli, że lepiej wstrzykiwać salwarsan dożylnie w roztworze cukru dla uniknięcia objawów angioneurotycznych. Na swoich przypadkach nie widział efektywnej różnicy. Scholz z Królewca stosował roztwór cukru do abortywnego leczenia rzeżączki, nadto w przypadkach sklerodermji i innych dermatoz.

Dobrzański w. z. sekretarza.

XXII. Posiedzenie naukowe z dnia 20. czerwca 1924 r.

Przew.: Prof. Zalewski. Obecnych: 84.

Kol. Falkiewicz przedstawia przypadek **guza zaułka mostkowo-móżdżkowego**. U chorego 57-letniego, cierpiącego od 2-ch lat na bóle głowy i przemijające zataczanie się, stwierdzono przed 2 laty tylko obniżenie niewielkiego stopnia lewego odruchu rogówkowego. Dopiero obecnie podczas obserwacji na klinice neurol. U. J. K. wystąpiły wyraźne lokalizacyjne objawy, wskazujące na rosnący guz zaułka, a mianowicie porażenie o typie obwodowym nerwu IV, V, VII, VIII, IX i X, nadto nieznaczna *adiadochokinesis* i Babiński dodatni, wszystko po stronie lewej. Co do charakteru guza, to wobec tego, że chory przeszedł dawniej chroniczne zapalenie ropne ucha środkowego lewego, należy myśleć o cholesteatoma. Tem więcej, przypuszczenie to wydaje się uzasadnione, że podczas pobytu na klinice, chory miał co pewien czas gorączkę do 39° a w międzyczasie stan podgorączkowy, którą to gorączkę po dokładnem zbadaniu internistycznem i otologicznem można tylko odnieść do otorbionego ropienia koło cholesteatoma. Dno oka i czaszka (roentg.) prawidłowe. Do operacji chory nie chce się namówić.

W dyskusji kol. Pisek podaje przypadek obserwowany przez siebie przed 10 laty, gdzie tylko na sekcji przypadkowo stwierdzono cholesteatoma, za życia zaś nie było żadnych objawów.

Kol. Węgłowski przedstawia przypadek *a*) **guza wątroby, bąblowca**, operowanego, z pokazem preparatu. Guz wyłuszczył całkowicie bez pozostawienia jakiejkolwiek otoczki (t. zw. idealna echinococotomja).

b) **guza mózgu** operowanego z dobrym wynikiem. Charakter tumoru: angioma.

Po operacji ustąpiły bóle głowy i znacznie poprawiła się połowicza pareza. Na ślepotę operacja nie wpłynęła.

W dyskusji kol. Rothfeld rozpoznawał u chorego *meningitis serosa* (pseudotumor) na podstawie zmienności obrazu chorobowego, znikania i pojawiania się tarczy zastoinowej. Początkowo przeważały objawy móżdżkowe, dopiero w ostatnich miesiącach wystąpiły objawy porażenia połowiczego i wzmożonego ucisku wśródczaszkowego z postępującem upośledzeniem wzroku, które dały wskazanie do operacji.

Prof. Cieszyński podnosi, że miast wosku, może lepiej nadawałaby się do tamponady mieszanina wosku z gutaperką.

Kol. Krzemicki, że znikanie tarczy zastoinowej ma miejsce nietylko przy naczyniakach.

Kol. Świtalski, że naczynia w systemie centralnym nierw. są rzadkie. Podaje ze swej obserwacji jeden przypadek, gdzie właśnie objawy jużto występowały, to znowu się cofały.

Kol. Domaszewicz, że już w okresie, gdy rozpoznawano w danym przypadku *meningitis serosa*, zwrócił uwagę na szybkie przejście tarczy zastoinowej w zanik nerwu wzrokowego.

Kol. Pisek wygłosił rzecz **W 300 setną rocznicę urodzin Sydenhama** (przeznaczone do druku).

Kol. Rothfeld wygłosił wykład **»O samoistnych krwotokach podpajęczynówkowych«**. Na podstawie 4 przypadków własnej obserwacji, z tego widział R. w 2 ostatnich tygodniach oraz na podstawie piśmiennictwa kreśli R. obraz chorobowy, tego rzadkiego cierpienia i podnosi znaczenie badania płynu mózgowo-rdzeniowego w rozpoznaniu różniczkowem.

(Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. Domaszewicz podaje, że ma na oddziele podobne dwa przypadki, tak że uwagę doc. R. co do pochodzenia infekcyjnego tych krwawień uważałby za słuszną. Na niestosunek białka i ciałek w płynie również zwrócił uwagę.

Kol. Falkiewicz tłumaczy sobie to zjawisko w płynie przy krwawieniach podpajęczynówkowych tem, że wskutek podrażnienia opon, wytwarza się na miejscu (a więc z opon), większa ilość ciałek, które spełniają rolę fagocytów. Oczyszczają one w stosunkowo krótkim czasie płyn z krwi, która się przedostała tam wskutek krwawienia. Nadmiar białka, które przeszło do płynu z krwią, zostaje wydalone przez *plexus chor.* i opony, które to narządy zawsze stanowią wał ochronny

centr. systemu nerw., a działają jako wentyl: nie przepuszczają do płynu z krwi ciał szkodliwych lub nadmiaru składników prawidłowych, zawsze zaś wydalają z płynu do krwi wszystko to, co nie należy do normalnego składu płynu mózg.-rdzen. Ten fenomen, który spotykamy tylko przy krwawieniach podpajęcz. (wielka ilość ciałek w płynie bez wzmożonej ilości białka) jest wprost przeciwnym do syndromu uciskowego w płynie — opisanego przez Fronia. Tu znowuż można sobie te stosunki wytłumaczyć tem, że wskutek ucisku opon, te ostatnie ulegają zmianom patologicznym, odbijającym się w pierwszym rzędzie na naczyniach, które w miarę rosnącego ucisku coraz więcej białka z surowicy krwi przesączają do płynu.

Kol. Krzemicki, że analogje tych krwawień do migreny, jak to podnosi Goldflam, są istotnie wielkie i sądzi, że b. ciężkie migreny mogą się kończyć krwotokami. Brak białka w płynie tłumaczy sobie krzepnięciem wylewu krwawego. Dziwnem mu się wydaje, dlaczego I porcja płynu przy nakłuciu jest xantochromiczna a II. krwawa.

Prof Nowicki zastanawia się nad anatomo-patologiczną istotą tych krwawień. *T. Falkiewicz.*

Polskie Towarzystwo Biologiczne.

Wykaz prac referowanych na posiedzeniach Oddziału lwowskiego.

Posiedzenie dnia 26. listopada 1923 r.

R. Kuntze: Analiza genetyczna zmienności ubarwienia chrząszcza *Me asoma acuca. L.* — St. Słowikowska: Badania doświadczalne nad znaczeniem gruczołu tarczykowego płazów, dla ich własnej metamorfozy. — J. Sokólska: O aparacie Golgi'ego w komórkach somatycznych i płciowych (spermato- i owogeneza) pająka domowego (*Tegenaria domestica M.*) oraz o wypadku niedzielenia się lub nierównomiernego dzielenia się aparatu Golgi'ego podczas mitozy. — A. Sabatowski i F. Kmietowicz: O termicznym i osmotycznym wpływie wody, stosowanej do przewodu pokarmowego, na ustrój zwierzęcy. - O wpływie bodźców cieplnych na wydzielanie soku żołądkowego i trzustkowego. — A. Sabatowski: O wpływie bodźców fizykalnych na zachowanie się czerwonych ciałek krwi. — B. Kalwaryjski: Badania nad strukturą nabłonka *plexus chlorioideus.* — St. Lewicki: O ciałach przeciwplemniczych u kobiet w następstwie spółkowania.

Posiedzenie dnia 14. stycznia 1924 r.

S. Sieńgalewicz: Badania doświadczalne nad zachowaniem się splotu naczyniówki i płynu mózgowo-rdzeniowego pod wpływem ostrego zatrucia. — Krukowski: O aglutynacji surowic ludzi chorych na dur plamisty z Rickettsią Provazeki i odmieńcem X 14. — Badania doświadczalne nad płynem mózgowo-rdzeniowym chorych na dur plamisty. — M. Franke, J. Goertz i J. Krzyżanowski: Badania nad patogenezą mocznicy. — Z. Leńko i J. Krzyżanowski: O wchłanianiu, normalnego pęcherza moczowego. — W. Mozołowski: O rodzaju cukru we krwi. — J. J. Dadlez i W. Jankowska: Oznaczanie małych ilości kwasu szczawiowego. — A. Audova i R. Wagner: O działaniu insuliny. — Zakrzewska: Badania nad czynnością gruczołu przyusznego u człowieka. — F. Kmietowicz i W. Koskowski: Wstrząs hemoklastyczny a nerw błędny.

Posiedzenie dnia 25. lutego 1924 r.

J. Hirszler: Składniki lipoidowe plazmy u pierwotniaków. — O metodzie czernienia aparatu Golgi'ego. — F. Kmietowicz i W. Koskowski: Wpływ chłonki na zachowanie się obrazu krwi w czasie wstrząsu hemoklastycznego i peptonowego. — J. Noskiewicz i G. Poluszyński: Nowy przypadek poliembrjonji u owadów. — M. Gedroyć: Pierwotniaki jako czynnik uodporniający przeciwko chorobom zakaźnym. — Prototoksyny otrzymane przy pomocy wolno żyjących pierwotniaków. — Wpływ limfy owadziej na zarazek wścieklizny. — B. Kalwaryjski: Wzmocnienie i przyśpieszenie prześwietlania dla celów histologicznych. — Dalsze badania nad strukturą nabłonka *plexus chorioideus.* — K. Sembrat: Badania doświadczalne nad czynnikami wywołującemi metamorfozę u kijanek płazów bezogonowych (*Pelobates fusens*) — A. Bant: Morfologja mięśni około-obojczykowych u człowieka i ssących.

Posiedzenie dnia 28. kwietnia 1924 r.

F. Kmietowicz i W. Koskowski: Z badań nad leukopenją w czasie wstrząsu peptonowego i hemoklastycznego: 1) Ośrodki nerwowe a leukopenja. 2) Leukopenja a narządy obwodowe. — J. Heller: W sprawie rozpadu białka w stadjum poczwarki u *Deilephila euphorbiae.* — St. Drzewicki: Częściowa metamorfoza skóry u kijanek *Pelobates fuscus* pod wpływem minimalnych ilości substancji gruczołu tarczykowego. — A. Sabatowski: Wstrząs cieplny u psów pozbawionych tarczycy. — S. Vrtelówna: O zmianach w ubarwieniu skóry oślepionych płazów bezogonowych.

Posiedzenie dnia 23. czerwca 1924 r.

J. Heller i J. Parnas: O znaczeniu zawartości amoniaku we krwi. — J. Królikowski: Określenie ilościowe kwasów oxyproteinowych w moczu roślinożerczych. — N. Gąsiorowski i St. Legeżyński: Wpływ dawki czasu unieczynniania surowicy i czasu działania ciepłotą 37° C na odczyn Sachsa-Georgi'ego. — F. Kmietowicz i W. Koskowski: Ciśnienie krwi a wstrząsy koloidoklastyczne. — Moraczewski: Wpływ pożywienia na wydzielanie nerek. — N. Gąsiorowski i Meisel: Stacja pasteurowska we Lwowie w latach 1919—1923. — K. Reisowa: O zachowaniu się transplantatów skóry w ogonie kijanki podczas metamorfozy. — Seliwanow: Zachowanie się zarazka tyfusu plamistego w organizmie ptaków. — J. Kochanowski: Studja histologiczne nad systemem nerwowym w *Echinorhynchus Gigas.* — L. Zbyszewski: Prądy czynnościowe kory mózgowej pod wpływem drażnienia kory strychniną. — A. Bant: Rzadki brak gałęzi powierzchniowej nerwu promieniowego (*ramus superficialis nervi radialis*) z zastępstwem nerwu mięśniowo-skórnego (*nervus musculocutaneus*).

Sprawozdanie z II. Zjazdu pedjatrów polskich w Poznaniu 23—25 czerwca 1924.

Drugi Zjazd lekarzy chorób dziecięcych, który się odbył w Poznaniu zgromadził liczny zastęp lekarzy, tak specjalistów jak i wolno praktykujących, interesujących się tą gałęzią nauki. Przybyli więc lekarze z Lublina, Łodzi, Bydgoszczy, Warszawy i Poznania, nadto przedstawiciele katedr tego przedmiotu w Polsce wraz z lekarzami w Klinikach pracującymi: z Warszawy, Lwowa, Wilna i Poznania, brakło tylko Krakowa, który z niewiadomych nam przyczyn nie wziął w Zjeździe udziału.

W sali Modrzewskiego pięknego Collegium minus, otwierając Zjazd, powitał zebranych nestor pedjatrji polskiej Dr. Krysiewicz z Poznania. Po wyborze prezydjów rozpoczęły się obrady naukowe. Pierwszy wykład wygłosił kol. Fritz ze Lwowa o Janie Chrościejewskim burmistrzu i lekarzu miasta Poznania, który opracował i wydał podręcznik Hieronima Mercuriale *de morbis puerorum* w Wenecji w r. 1583. Główny referat zjazdowy wygłosił Prof. Groer ze Lwowa »O kile dziecięcej, jej istocie i walce z nią«. Z dyskusji wyłoniły się wnioski nawołujące do energiczniejszej niż dotąd walki z kiłą wrodzoną u dzieci, w sprawie zakładania poradni przeciwkiłowych i t. d., które przedłożone zostaną do rozpatrzenia Ministerstwu Spraw Wewnętrznych.

Dalsze wykłady wygłosili: kol. Ehrlichówna i Bień z Warszawy o badaniach nad limfocytozą u dziecka i o obrazie obojętnochłonnym.

Kol. Barański z Warszawy: O badaniach nad zawartością cholesteryny w surowicy krwi u dzieci. Tak u niemowląt jak i u starszych dzieci miano cholesteryny w surowicy waha się podobnie jak i u dorosłych. U niemowląt wyniszczonych jest ono znacznie obniżone, podobnie i w zatruciu, zwiększa się w miarę poprawy.

Kol. Barański i Popowski z Warszawy: O właściwościach krzywej cukru w krzywicy. W krwi u dzieci krzywiczych po zastrzyknięciu cukru gronowego pod skórę utrzymuje się on przez dłuższy czas na wyższym poziomie a ten wydłuża się pod wpływem adrenaliny. U dziecka normalnego po uprzedniem wstrzyknięciu adrenaliny zachowuje się krzywa cukru tak, jak u krzywiczego.

Kol. Stankiewicz z Warszawy: O nakłuciu zatoki strzałkowej u dzieci. Jako metoda, podana przez Toblera, zasługuje na daleko większe zastosowanie niż dotychczas, tak do brania krwi w celach rozpoznawczych, jak i do wlewań leczniczych. Jest ona łatwą i bezpieczną.

Kol. Progulski ze Lwowa: O wpływie szczepienia ochronnego na chorobowość ospową podczas wojny. W roku 1915 szerzyła się ospa w dawnej Galicji — zawleczona przez wojska rosyjskie — w przerażających rozmiarach. W marcu 1916 r. podjęły połączone: Komitet Biskupi i Czerwony Krzyż we Lwowie na wezwanie Ministerstwa Spraw Wewnętrzn. austr. przy pomocy przeszło 600 studentów Uniw. krakowskiego i lwowskiego masowe szczepienia w kraju. Ukończono je w okresie kilku tygodni w chwili, gdy ilość zachorowań ospy przekraczała 7.000 przyp. w miesiącu. Efekt doraźny. W kilka tygodni zupełny spadek chorobowości. Przykład powyższy służyć może za eksperyment w wielkim stylu i dowód zarazem że samo masowe szczepienie jest wystarczającym środkiem, bez specjalnych innych higjenicznych zabiegów, jak tego żąda prof. med. socjalnej Grothjan z okazji usiłowań wprowadzenia »klausuli sumienia« w twardy lecz jedynie racjonalny przepis przymusowego szczepienia przeciw ospie.

Kol. Hescheles ze Lwowa: O zmianach w płynie mózgowo-rdzeniowym w najwcześniejszym okresie kiły wrodzonej. Już u noworodzonych dzieci kiłowych można wykazać odmienne zachowanie się płynu mózgowo-rdzeniowego — pleocytozę, odczyny koloidalne z chlorkiem złota, najczęstszy mastiksowy.

W dyskusji zabierali głos kol.: Groer, Szenajch, Ehrlichówna i Progulski.

II. Posiedzenie popołud.

Prof. Michałowicz: *Colipyeolocystitis* czy *colibacteriaemia* i *colitoxaemia*? Prątek okrężnicy jest najczęściej wywołującym

cierpienie, jako pasożyt znajduje się on na drogach moczowych; jeśli go niema w krwi to możliwem jest, że chodzi o zatrucie ustroju jadami jego. Leczenie przeto winno być długotrwałe nawet latami a nie ograniczać się do czasu, gdy znika jeden tylko objaw, jak n. p. ciałka ropne w moczu. Rozpoznanie można nieraz zrobić z samego wyglądu chorego bez badania moczu a nawet, gdy jeszcze niema w nim zmian.

Prof. Michałowicz: O kryzach neuroartretycznych jako o jednostce klinicznej. Na przykładach kilku niemowląt u których wśród gorączki, nieżytu spojówek, wysypek w bliskości stawów, zwiększonej ilości kwasu moczowego we krwi stwierdzić można było przebywanie ostrego ataku skazy powyższej — pamiętając o możności tych stanów, można łatwo rozpoznać cierpienie, które dotychczas nie bywa rozpoznawane.

Kol. Piechowski, Heschelcs i Roszak ze Lwowa: O żółtaczce hemolitycznej u dzieci. Opis dwóch przypadków tegoż schorzenia wraz z zaobserwowanym po raz pierwszy obrazem krwi podług Schillinga w czasie przesilenia. Poszukiwanie czynników hemolitycznych tak w surowicy, jak i w c. czerwonych nie dało wyniku.

Kol. Frenklowa z Łodzi: Nowsze metody sztucznego odżywiania osesków. Opis przyrządzania różnych pożywek mlecznych bądź mącznych i wyniki lecznicze przy ich stosowaniu w różnych schorzeniach u niemowląt.

Kol. Progulski: O wpływie djety bogatej w białko na wydzielanie moczu u niemowląt. Djeta białkowa u niemowląt wpływa nieznacznie na zmniejszenie wydzielania moczu, brak soli wpływa natomiast na zwiększenie diurezy. Doświadczenie wykonano ściśle przestrzegając tak w okresie wstępnym, jak i samego doświadczenia i następowym tego samego stosunku wagi przyjętego pożywienia (woda + pokarmy stałe) do ilości jednostek odżywczych czyli koncentracji pożywienia — wzgląd który w dotychczasowych badaniach nie bywał brany w rachubę.

Kol. Fritz i Progulski: Wyniki oddziału dla niemowląt Kliniki lwowskiej w ciągu ostatnich 5 lat. Oddział dla niemowiąt musi być oddz. zamkniętym, posiadać personal pielęgniarski szczególnie wyszkolony, aseptykę chirurgiczną, musi mieć pogotowie mleka kobiecego. Z środków odżywczych sztucznych: mieszanki jak najbardziej prostej, mleko, cukier i mąka, natomiast dokładność dawkowania osobniczego. Środki lecznicze z zakresu fizykalnego: kąpiele, światło, powietrze i tak dalej.

Kol. Szczawińska z Warszawy: Chorobowość noworodków i organizacja opieki pedjatrycznej w Zakładzie położniczym w Warszawie. Opis schorzeń noworodków ilustrujący jak niepowinien być prowadzony oddział nowonarodzonych dzieci przy Zakładach położniczych.

Kol. Ehrlichówna: Badania nad wielkością i kształtem ciemiączka. Istnieje kilka typów ciemienia co do kształtu i wielkości jakoteż co do zarastania jego. W krzywicy zamyka się ona późno w przypadkach lekkich wielkość ciemienia nie pozostaje w żadnym stosunku proporcjonalnym do zmian chorobowych.

III. Posiedzenie dnia 24. czerwca.

Kol. Brokman z Warszawy wygłosił referat programowy o nowych poglądach i kierunkach w odporności u dzieci. Po nim i po krótkiej dyskusji nastąpiły dalsze wykłady, a więc:

Kol. Hirszfeldowa, Hirszfeld i Brokman: O wrażliwości na błonicę w świetle badań nad konstytucją i dziedzicznością. Z badań całych rodzin okazuje się, że zawartość antytoksyny we krwi u dzieci pozostaje w pewnym związku z właściwościami serologicznemi i wraz z niemi ulegają dziedziczeniu.

Kol. Brokman i Barański: Badania nad odpornością w stosunku do błonicy. Wykazują one, że zdolność wytwarzania odporności stanowi cechę dziedziczną i konstytucyjną ustroju. Zetknięcie się ustroju z zarazkiem pobudza tę zdolność i ujawnia ją.

Kol. Brokman i Popowski: Odczyn czerwonkowy u dzieci. Zapomocą toksyny Shige Kruze można, podobnie jak w odczynie przeciwbłoniczym Schick'a, oznaczać wrażliwość ustroju na czerwonkę.

Kol. Brokman i Prokopowiczowa: O analizie istoty choroby posurowiczej. Wstrzykując śródskórnie surowicę można otrzymać miejscowo »chorobę posurowiczą«. Występywanie jej objaśniają autorzy analogicznie jak Pirquet.

Kol. Hirszfeldowa i Prokopowiczowa: Badania nad istotą nadwrażliwości wrodzonej u dzieci. Wyprysk, liszaj pokrzywkowy i dychawica oskrzelowa mają być następstwem nadwrażliwości na białka — którą udało się przenieść wstrzykując surowicę chorych na zdrowych.

Kol. Mikulowski: Zastosowanie odczynu wiązania dopełniacza Bordet-Gengou z antygenami Besredki w gruźlicy dziecięcej. Może on mieć znaczenie tylko jako środek pomocniczy z innymi objawami.

Kol. Prokopowiczowa i Milejkowska: Odczyn wiązania dopełniacza (metoda Besredki) w surowicy dzieci gruźliczych. Niema wartości djagnostycznych, nie daje żadnych wytycznych.

Kol. Groer: O samoistnym braku łaknienia. Charakterystyka jednego z najczęstszych objawów u dzieci w wieku szkolnym i przedszkolnym, a nie ujętych dotąd w jednostkę klinicznego obrazu. Podkład neuropatyczny. W tym też kierunku leczenie. Oprócz środków *suggestyn. ergotropowe* — koncentracja pożywienia i t. d.

W dyskusji zabierali głos kol.: Groer, Hirszfeld, Brokman i inni.

IV. posiedzenie.

Kol. Szenajch z Warszawy referat programowy: Dotychczasowe prawodawstwo polskie w zakresie opieki nad dzieckiem.

Kol. Jasieński z Wilna: Współudział Kliniki uniwersyt. w organizacji opieki społecznej nad dzieckiem. Prócz nauczania, Kliniki polskie pedjatryczne muszą uzupełniać braki w organizacji opieki społecznej nad dzieckiem, kształcąc odpowiedni personal pielęgniarski, lekarzy społecznie pracujących, prowadzić poradnie i t. d.

Kol. Gromski z Warszawy: Materjał statystyczny poradni opiekuńczych nad niemowlętami w Polsce.

Kol. Fritz i Piechowski ze Lwowa: O stosowaniu insuliny w cukrzycy dziecięcej. Podawana przez czas dłuższy podnosi tolerancję na białko i węglowodany a przez to otwiera widoki lepszego niż dotąd rokowania w cukrzycy dziecięcej. (Możliwość regeneracji aparatu Langerhansa). Co do działania swego, to sprawia ona obniżenie ciepłoty, zatrzymując wodę w ustroju może być użytą w przypadkach jej utraty n. p. w toksykozie. Wprowadzona zaś śródskórnie wzmaga swe działanie.

Kol. Kopeć z Warszawy: W sprawie leczenia insuliną cukrzycy wieku dziecięcego. Doskonały wynik leczniczy w przypadku 12-letniego chłopca w okresie śpiączki cukrzycznej.

Kol. Biehlerowa z Warszawy: O zastosowaniu enteroantygenu Danysza u dzieci. Korzystne wyniki lecznicze w różnych schorzeniach wieku dziecięcego.

Kol. Bogdanowicz z Warszawy: Leczenie zołzów i skazy wysiękowej u dzieci enteroantygenem Danysza. Pomyślne wyniki — stosowano szczepionkę »Jali«.

V. posiedzenie 25. czerwca.

Referaty nadesłane:

Kol. Celichowskiej z Warszawy odczytał kol. Szenajch: O zakażeniach wewnątrz szpitalnych i o ich zwalczaniu.

Kol. Szulczewski z Poznania: O wywołaniu snów w hipnozie u dziecka i o zasadach fizjologiczych snu u dziecka w hipnozie.

Zjazd zamknął przemówieniem Dr. Krysiewicz podziękowawszy biorącym udział za owocną pracę i zadowiedział następny w Warszawie w związku ze Zjazdem przyrodników i lekarzy polskich. Nastąpiło zwiedzanie miasta i wycieczki. We wtorek 24. czerwca odbyła w Hotelu Bazaru wspólna wieczerza, podczas której wygłoszono szereg przemówień.

Stanisław Progulski.

Wiadomości bieżące.

Warszawa.

Zapisy i darowizny na rzecz Uniwersytetu Warszawskiego:

1) Ś. p. Dr. Med. Władysław Wiktor Müller zapisał na potrzeby Kliniki chorob wewnętrznych prof. Glulzińskiego sumę, uzyskaną ze sprzedaży $^2/_3$ nieruchomości w Mokotowie, przy ulicy Fortowej.

2) Ś. p. Prof. Dr. Alfred Sokołowski zapisał: a) 10.000 rubli w 5% listach zastawnych m. Warszawy na utworzenie katedry fizjologji;

b) na rzecz Kliniki laryngologicznej narzędzia lekarskie;

c) na rzecz Koła Medyków prawo wydawnictwa dzieła »Choroby dróg oddechowych«.

3) Pani Prof. Hornowska przekazała całą bibljotekę lekarską, pozostałą po ś. p. Prof. Józefie Hornowskim Zakładowi anatomji patologicznej U. W.

4) Pani Drowa Orłowska przekazała Klinice neurologicznej całą bibljotekę, pozostałą po ś. p. doc. Stanisławie Orłowskim, składającą się z 330 tomów książek, 593 broszur i 622 odbitek, zbiorów preparatów anatomicznych, fotografji i klisz. Obok tego ofiarowała pani O. tejże Klinice maszynę franklinowską, aparat elektryczny, mikroskop i piękną szafę bibljoteczną.

Zmarli:

Walery Sas Jaworski, doktor wszech nauk lekarskich, profesor Uniw. Jagiellońskiego, członek Akademji Nauk lekarskich, b. dyrektor kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Jagiel. etc. przeżywszy lat 75.

Kółko Naukowe Lekarzy Szpitala Państwowego we Lwowie.

Rok 1923. (Streszczenie).

I. Posiedzenie. 10. stycznia 1923.

1. Dyrektor Szpitala Państwowego, dr Krzyżanowski, zagaja pierwsze posiedzenie nowego roku administracyjnego i wyraża uznanie prymarjuszowi dr. W. Ziembickiemu za pomyślne wyniki działalności około rozbudzania ruchu naukowego wśród lekarzy szpitalnych, dziękując zarazem płk-lek. profesorowi dr. R. Węgłowskiemu za współpracę Sekcji Sanitarnej Tow. Wiedzy Wojskowej, której posiedzenia odbywają się od zeszłego roku wspólnie z Kołem Naukowem Lekarzy Szpitala Państwowego.

2. Prym. Ziembicki przedstawia sprawozdanie Koła Naukowego Lekarzy Szpitala Państwowego za rok 1922, jakoteż sprawozdanie z bibljoteki tego Koła. Uchwalono zaprenumerować szereg nowych czasopism lekarskich i przystąpić korporatywnie do Towarzystwa Lekarskiego Polsko-Francuskiego.

3. Dr. Skrowaczewski mjr-lek. (Szp. Okr.) omawia przypadki **zapalenia zatok żylnych** w następstwie zapaleń ucha środkowego

Dyskusja: Prym. Domaszewicz na podstawie przykładów ze swego oddziału podnosi trudności rozpoznawcze w różniczkowaniu pewnych przypadków.

4. Dr. Unieszowski kpt-lek. (Szp. Okr.) przedstawia chorego ze **środkową przetoką szyjną**.

Dyskusja: Prof. płk Węgłowski.

5. Dr. Reich (Szp. Okr.) omawia przypadek **guza mózgu** w lewym płacie skroniowym (*Glioma angiosarcomatodes*). Klinicznie: objawy podrażnienia opon, porażenia lewego n. odw., lewego n. twarz, bóle w zakresie I. gał. n. trójdz., bóle głowy, zawroty, *retinit. album*.

Dyskusja: Dr Chania przypomina, że Neusser w przypadkach guzów w płatach czołowych i skroniowych zwracał uwagę na ślinienie. Dr. Domaszewicz zaznacza, że glejaki, zwłaszcza w martwej sferze, jak w przedstawionym przypadku, mogą przebiegać bez objawów. Sądzi, że sztuczna odma śródczaszkowa mogła tu dać cenne wskazówki, mianowicie wykazać przesunięcie komór. Dr. Chania podnosi, że także stereoskopowe zdjęcie czaszki może ułatwić rozpoznanie, zwłaszcza takiego guza jak glejak.

6. Dr. Chania (jako gość) przedstawia szereg **zdjęć roentg.** z kazuistyki, a mianowicie: 1. Kości nosowej z ciałem obcem, które po usunięciu okazało się trzaską drzewa, impregnowaną solami wapniowemi. 2. Łopatki z guzem, który okazywał wszystkie cechy mięsaka, a ustąpił po zastosowaniu leczenia przeciwkiłowego. 3 Próchnicy żebra z ropniem opadowym, położonym znacznie wyżej od ogniska próchniczego. 4. Kamyków w śliniankach (syalolity). 5. Kręgosłupa (z boku) z wyraźnemi resztkami nasad (epifiz.). 6. Kiły w krtani. 7. Niedokształcenia nadgarstka z nieprawidłowem ustawieniem kości. 8. Wrodzonej zmiany w kręgosłupie szyjnym z żebrem szyjnem u dziecka. 9. Kilku przypadków akromegalji. 10. Pęknięcia kości czołowej po urazie tępym. 11. Oderwania wyrostka poprzecznego III. kręgu lędźwiowego, po upadku. 12. Wodonercza. 13. *Os peroneum*. 15. Przypadku *Cavernoma calcificans*. 15. Przypadku przetoki zębodołowej przebijającej przez podniebienie twarde do nosa.

II. Posiedzenie. 24. stycznia.

1. Dr. Bahrówna (Wewn. I.) przedstawia 2 przypadki **tętniaka tętnicy głównej**.

Dyskusja: Prof. Wiczkowski.

2. Dr. Musiał (Klin. Oczn.) przedstawia przypadek **melanosis spojówki** gałkowej oka prawego wraz z *melanosarcoma* na brzegu twardówkowo rogówkowym zewn.

Dyskusja: Doc. Reis omawia przypadek, obserwowany przez niego w r. 1911, plam barwikowych w spojówce górnej przy jaglicy w okresie zbliznowacenia. Dr. Naróg omawia prawdopodobieństwo wyjścia nowotworu z *naevus pigmentosus* spojówki gałkowej, umiejscowienia się barwika w nabłonku i następowe złośliwe bujanie na rogówce. Opierając się na przypadkach Fuchsa przyjmuje rakowaty charakter sprawy i oświadcza się za wyłuszczeniem gałki.

2. Prof. Wiczkowski omawia przypadek **nowotworu opłucnej** i okazuje preparaty mikroskopowe.

4. Dr. Baley (Chir.) omawia przypadek **zapalenia woreczka żółciowego**, przypominając, że wedle zapatrywania prymarjusza oddziału, dr. Slęka, zapalenie woreczka powinno być traktowane zupełnie taksamo, jak zapalenie wyrostka robaczkowego.

5. Dr. Reich (Szp. Okr.) przedstawia przypadek połowiczego **odruchowego potnienia** w zakresie I. gałązki nerwu twarzowego a to przy piciu lub spożywaniu gorących pokarmów. Bliższe badanie wykazuje, że podłożem jest zaburzenie n. sympatycznego.

III. Posiedzenie. 31. stycznia:

1. Dr. Musiał (Klin. Oczn.) pokazuje preparat **cysty dermoidalnej**, wychodzącej z oczodołu.

2. Prym. Domaszewicz przedstawia przypadki **akromegaloidu.**

W dyskusji przemawiają prym. Ziembicki i dr. Reich.

IV. Posiedzenie. 7. lutego.

1. Dr. Bykówna (Wewn. II.) przedstawia osobnika płci żeńskiej, lat 23, o wyglądzie małej dziewczynki, **niemiesiączkującej**. Stosowała przez dłuższy czas wstrzykiwania pituitryny, którym też przypisuje poprawę stanu ogólnego, szybszy wzrost i rozwój gruczołów płciowych z wystąpieniem miesiączkowania.

2 Dr. Reich (Szp. Okr.) przedstawia przypadki **nerwic troficzno-naczynioruchowych**

Dyskusja: Prym. Ziembicki i prym. Domaszewicz

3. Dr. Skrowaczewski mjr-lek. (Szp. Okr.) przedstawia przypadek **ropnia jamy czołowej**, leczony skutecznie drogą operacyjną. Omawia sposoby

V. Posiedzenie. 21. lutego.

1. Dr. Frostig (Wewn. III.) przedstawia przypadek **morfinizmu**, leczony hipnozą.

2. Dr. Stuchły (Chir.) omawia przypadek **ostrogi piętowej** i leczenie tego cierpienia. Okazuje zdjęcia.

3 Dr. Schwarz (Poł.) opisuje przypadek ciężkiego **urazu sklepienia pochwy** (*Coitus furiosus*).

W dyskusji przemawiali: Dr. Bykówna, Dr. Salpeter, Dr. Fels.

4. Dr. Krukowski (Zak.) opisuje biologję **Rickettsiae Provazeki** i jej rolę w durze plamistym. Następnie omawia odczyn skórny w tym durze. (Miejscowe zaczerwienienie, obrzęk i lekka bolesność pod wpływem preparatów X-19, u osób zdrowych, znikające natomiast już w 5 dniu choroby jakoteż u ozdrowieńców). Spostrzeżenia swe przeprowadzał wspólnie z drem Fleckiem, a to na materjale oddziałów: zakaźnego i wewnętrznego II. Zjawisko jest stałem. Praktycznie stawia ten odczyn wyżej niż odczyn Weila-Felixa. Znaczenie: 1. W przypadkach duru bez osutki, 2. Rozpoznawanie przebytego duru nawet po upływie kilku miesięcy. 3. Prawdopodobnie także ważne ze względu na prognozę, gdyż w 2 przypadkach śmiertelnych odczyn stał się dodatnim w ciągu ostatniej doby. Równoczesne próby z zastosowaniem do tegoż celu preparatów z Rickettsia dały wyniki podobne.

W dyskusji przemawiają: Dr. Fleck i Dr. Fels.

VI. Posiedzenie. 28. lutego.

1. Dr. Baley (Chir.) przedstawia przypadek olbrzymiego **wola.**

2. Dr. Karowiec (Chir.) omawia 2 przypadki **zapalenia otrzewnej** wskutek przebicia wrzodu żołądka, wyleczone operacyjnie. Zarazem podaje statystykę takich samych przypadków na podstawie materjału oddziałowego.

Dyskusja: Prof. Węgłowski, prym. Ziembicki, dr. Fels.

3. Dr. Mehlmann (Kił. m.) przedstawia przypadek **wrzodu goleni** *(Ulc. callosum tuberculosum)*.

4. Dr. Węgrzynowski (Wewn. I.) przedstawia mężczyznę z objawami **przesunięcia barwika** na skórze po przebyciu duru osutkowego. Plamy znajdują się także na błonie śluzowej jamy ustnej. Ciśnienie tętna 140. We krwi brak zmian.

Dyskusja: Dr. Fels, prym. Ziembicki.

5. Dr. Magońska (Wewn. II.) przedstawia przypadek **wady serca** z niedomykalnością i zwężeniem ujścia żylnego lewego, jakoteż organiczną niedomykalnością zastawki trójdzielnej.

Dyskusja: Prym. Ziembicki omawia mechanizm względnej niedomykalności z. trójdz Dr. Karwowski podnosi, że wady zastawki trójdzielnej występują w stosunku 1:119 wszystkich wad. Prym. Ziembicki cytuje Widmana, wedle którego stosunek ten wynosi 1:200.

6. Dr. Monis (Urol.) przedstawia przypadek pierwotnego **nowotworu lewego pęcherzyka nasiennego**. Bujanie przechodzi na pęcherz moczowy powyżej ujścia moczowodowego lewego. Jestto 9-ty przypadek z opisanych w piśmiennictwie. Z tych trzy rozpoznawano dopiero przy sekcji. Omawia sposoby operacyjne. Za najodpowiedniejszy uważa przez krocze.

Dyskusja: Prym. Leńko omawia znane dotychczas sprawy chorobowe pęcherzyków nasiennych Opisuje przypadek wyleczonej na oddziale swoim w r. 1920 gruźlicy woreczka z przetokami moczowemi na kroczu. W przypadku przedstawionym przez Monisa, do operacji się nienadającym, zastosowałby rad, którego jednak szpital nie posiada. W przypadku raka pęcherza stosował sól radową (ze skutkiem przeciw bólom), wprowadzoną w kapsułce aluminiowej, którą przedstawia. Prym. Ziembicki żałuje, że miasto nasze nie posiada odpowiedniego preparatu radowego, bo istniejące ilości są zabawką, przyczem przytacza kilka przykładów z radjoterapji, z którą zapoznał się dzięki kol. Węckowskiemu w Warszawie.

7. Dr. Bohin (Wewn. II.) okazuje sposób **barwienia prątków** Kocha w plwocinie, wedle Hermanna-Kaana-Berki. Sposób tańszy i szybszy od sposobu Ziehl-Neelsena. Kontrast bardzo wyraźny.